



# Master of Science conjoint HES-SO - UNIL en Sciences de la santé Orientation Nutrition et diététique

BARRIÈRES ET FACILITATEURS DE L'IMPLÉMENTATION DE L'ALIMENTATION INTUITIVE EN TENANT COMPTE DE L'IMAGE CORPORELLE DE FEMMES POST-MÉNOPAUSÉES ET EN SURPOIDS : ETUDE QUALITATIVE

## Jeanne Vorlet

Sous la direction de Dre Isabelle Carrard Professeure HES associée, PhD, HEdS Genève, filière Nutrition et diététique

Expert·e·s :

Mme Séverine Chédel

Diététicienne HES ASDD, BSc Nutrition et diététique

Dr Vincent Barthassat Médecine interne FMH

Lausanne, HES-SO Master, 2021

#### Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu Mme Isabelle Carrard, Directrice de ce travail de Master, qui m'a accompagnée dans la réalisation de cette étude avec bienveillance et implication. Ses conseils et ses remarques constructives ont guidé mes réflexions et m'ont permis d'aller plus loin encore dans mon cheminement.

Je souhaite également adresser mes remerciements à mes collègues de l'Hôpital Intercantonal de la Broye, qui m'ont soutenue tout au long de mon Master. Je les remercie pour leurs encouragements, leurs précieuses réflexions et leur aide dans le recrutement des participantes.

Mes remerciements vont également aux participantes ayant accepté de donner de leur temps et de partager leur vécu dans le cadre de cette étude. Je remercie également la personne ayant participé au pré-test du guide d'entretien.

Merci également à Mme Séverine Chédel et au Dr Vincent Barthassat d'avoir accepté d'évaluer mon travail en tant que membres du jury.

Enfin, un grand merci à ma famille, mon compagnon et mes collègues de Master de m'avoir soutenue dans mes démarches et d'avoir fait de ce Master une expérience enrichissante.

## Table des matières

LI	ISTE DE	S TABLEAUX	5
LI	ISTE DE	S ABRÉVIATIONS	5
R	ÉSUMÉ		1
Α	BSTRAC	CT	2
1	INTR	ODUCTION	3
2	RECE	ENSION DES ÉCRITS	3
	2.1 S	SURPOIDS ET OBÉSITÉ	3
	2.1.1	Prévalence du surpoids et de l'obésité en Suisse	3
	2.1.2	Conséquences du surpoids et de l'obésité	4
	2.1.3	Recommandations de traitement du surpoids et de l'obésité	4
	2.1.4	Résultats et conséquences des traitements conservateurs	5
	2.1.5	La restriction cognitive	6
	2.1.6	Prise en charge au Centre Métabolique de l'Hôpital Intercantonal de la Broye	7
	2.2 A	LIMENTATION INTUITIVE	7
	2.2.1	Les fondements de l'alimentation intuitive	7
	2.2.2	Approche triaxiale de l'association du GROS	10
	2.2.3	Définition des sensations alimentaires	11
	2.2.4	Données probantes sur l'alimentation intuitive	12
	2.3 E	NJEUX CONCERNANT L'ALIMENTATION INTUITIVE ET L'IMAGE CORPORELLE	15
		MAGE CORPORELLE	
	2.4.1	Définition de l'image corporelle	17
	2.4.2	Évolution de l'image corporelle des femmes avec l'âge	18
3	PROF	BLÉMATIQUE	20
	3.1 C	QUESTION ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	21
	3.1.1	Question de recherche	21
	3.1.1	Objectifs de la recherche	21
4	MÉTH	IODE	21
	4.1 D	PESIGN DE L'ÉTUDE	21
	4.2 C	CONTEXTE DU CENTRE MÉTABOLIQUE DE L'HÔPITAL INTERCANTONAL DE LA BROYE	22
	4.3 C	RITÈRES DE SÉLECTION DES PARTICIPANTES	23
	4.4 F	RECRUTEMENT DES PARTICIPANTES	24
	4.5 C	COLLECTE DES DONNÉES	25
	4.5.1	Entretiens semi-structurés	25
	4.5.2	Construction du guide d'entretien	25
	4.5.3	Prétest du guide d'entretien	26
	16 N	MATÉRIEL ET LOCICIELS	26

	4.7	ANALYSE DES DONNÉES RÉCOLTÉES	26
	4.8	ASPECTS ÉTHIQUES	27
	4.9	CRITÈRES DE QUALITÉ DE L'ÉTUDE	27
5	RÉ	SULTATS	28
	5.1	DESCRIPTION DES PARTICIPANTES	28
	5.2	THÈMES IDENTIFIÉS	29
	The	ème n°1 : S'éloigner des régimes amaigrissants	29
	The	ème n° 2 : Retrouver les sensations alimentaires	32
	The	ème n° 3 : Faire des choix alimentaires sains pour son corps	35
	The	ème n° 4 : Gestion émotionnelle par l'alimentation	36
	The	ème n° 5 : Apprendre à aimer son corps	37
	The	ème n° 6 : Développer l'acceptation de soi	41
	5.3	REPRÉSENTATION VISUELLE DES THÈMES ET SOUS-THÈMES	44
6	DIS	CUSSION	47
	6.1	DISCUSSION DES RÉSULTATS EN REGARD DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE	47
	The	ème n°1 : S'éloigner des régimes amaigrissants	47
	The	ème n°2 : Retrouver ses sensations alimentaires	50
	The	ème n°3 : Faire des choix alimentaires sains pour son corps	52
	The	ème n°4 : Gestion émotionnelle par l'alimentation	54
	The	ème n°5 : Apprendre à aimer son corps	56
	The	ème n°6 : Développer l'acceptation de soi	59
	Évo	olution de l'image corporelle et de l'alimentation intuitive avec l'âge	60
	6.2	LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE	61
	6.3	IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE	62
	6.4	IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE	63
7	CO	NCLUSION	64
8	RÉ	FÉRENCES	65
9	AN	NEXES	75
	9.1	ANNEXE 1 : FLYER D'INFORMATION POUR LES PARTICIPANTES	75
	9.2	ANNEXE 2 : FICHIER D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ	76
	9.3	ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ	81
	9.4	ANNEXE 4 : CONVENTION DE COLLABORATION ENTRE LE CM DU HIB ET LA HEDS-G	E.83

#### Liste des tableaux

 Tableau 1
 Critères d'inclusion et d'exclusion des participantes

 Tableau 2
 Caractéristiques des participantes du projet

Tableau 3 Représentation visuelle des thèmes et sous-thèmes, mis en lien avec les

trois axes du GROS (Sweerts et al., 2020) et les dix principes de l'Al selon

Tribole et Resch (2012)

#### Liste des abréviations

Al Alimentation intuitive

APA Activité physique adaptée

ANSES Agence nationale de sécurité de l'alimentation, de l'environnement et du

travail

**CCK** Cholécystokinine

**CM du HIB** Centre Métabolique de l'Hôpital Intercantonal de la Broye

**DSM-5** Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5<sup>e</sup> édition

**FR** Fribourg

**GLP-1** Glucagon-like Peptide 1

**GROS** Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids

**HAES** Health at Every Size

**HEdS-GE** Haute École de Santé - Genève

**HES-SO - UNIL** Haute École de Santé de Suisse Occidentale – Université de Lausanne

IES Intuitive Eating Scale

IMC Indice de Masse Corporelle

MB-EAT Mindfulness-based eating awareness training

ORH Ordonnance relative à la recherche sur l'être humain à l'exception des

essais cliniques

**PYY** Peptide-YY

**VD** Vaud

#### Résumé

**Introduction**: Les régimes restrictifs sont associés à divers risques pour la santé. L'alimentation intuitive (AI) apparaît comme une approche alternative prônant une relation saine à son corps et son alimentation. A ce jour, peu d'études ont été menées auprès de femmes post-ménopausées et son processus d'implémentation reste peu investigué.

**Objectif**: Explorer les aspects nécessaires au processus d'implémentation de l'Al et en décrire les barrières et facilitateurs, tels que vécus par des femmes post-ménopausées et en surcharge pondérale, en tenant compte de leur image corporelle.

**Méthode**: Six participantes ont été interviewées dans le cadre d'une recherche qualitative descriptive. Elles ont été recrutées par échantillonnage de convenance au sein du Centre Métabolique de l'Hôpital Intercantonal de la Broye (CM du HIB). Les données ont été récoltées à l'aide d'entretiens semi-structurés individuels. Une analyse thématique selon Braun & Clarke (2006) a été menée.

**Résultats**: Six thèmes ont été identifiés. Pour implémenter l'AI, il faut s'éloigner des régimes amaigrissants, retrouver ses sensations alimentaires, faire des choix alimentaires sains pour son corps, diminuer la gestion émotionnelle par l'alimentation, apprendre à aimer son corps et développer l'acceptation de soi.

**Discussion**: La mentalité des régimes et le suivi de restrictions alimentaires, renforcés par une insatisfaction corporelle marquée par des préoccupations pondérales excessives, représentent les barrières principales au processus d'implémentation de l'Al. Entamer un travail sur les préoccupations pondérales, déculpabiliser vis-à-vis de l'alimentation, déguster en pleine conscience, s'occuper de ses émotions et promouvoir le développement personnel sont des facilitateurs de ce processus.

**Conclusion**: L'Al a permis aux femmes de développer une relation apaisée avec leur alimentation. Cette approche mérite sa place dans le champ des traitements conservateurs du surpoids et de l'obésité et devrait être proposée aux femmes en recherche d'alternatives aux régimes restrictifs.

**Mots-clés**: Alimentation Intuitive, Image Corporelle, Implémentation, Barrières, Facilitateurs, Femmes, Ménopause, Surpoids, Obésité.

#### **Abstract**

**Introduction**: Restrictive diets have been associated with diverse health risks. Intuitive eating (IE) is an alternative approach that advocates a healthy relationship with the body and the food. To date, few studies have been conducted with postmenopausal women and little is known about its implementation process.

**Objective**: To explore the aspects necessary to the IE implementation process and to describe the barriers and facilitators as experienced by overweight and postmenopausal women, taking into account their body image.

**Method**: Six participants were interviewed in this descriptive qualitative research study. The participants were recruited by convenience sampling within the Metabolic Center of the Hôpital Intercantonal de la Broye. Data were collected through individual semi-structured interviews. A thematic analysis according to Braun & Clarke (2006) was conducted.

**Results**: Six themes were identified. Implementing IE involves moving away from dieting, listening to physiological hunger and satiety cues, making healthy food choices for the body, decreasing emotional eating, learning to love its own body, and developing self-acceptance.

**Discussion**: The diet mentality and the following of dietary restrictions, reinforced by body dissatisfaction marked by excessive weight preoccupation, represent the main barriers to the implementation process of IE. Working on weight preoccupation, reducing guilt about eating, eating mindfully, taking care of one's emotions, and promoting personal development are all facilitators to this process.

**Conclusion**: IE has helped the participants develop a peaceful relationship with their food. This approach deserves its place in the field of conservative treatments of overweight and obesity and should be offered to women seeking alternatives to restrictive diets.

**Key words**: Intuitive eating, Body image, Implementation, Barriers, Facilitators, Women, Menopause, Overweight, Obesity.

#### 1 Introduction

Le nombre de personnes en surcharge pondérale n'a cessé d'augmenter en Suisse depuis les années 1990 (Galati et al., 2020). Paradoxalement, notre société occidentale dicte une culture, où la minceur est considérée comme un idéal de beauté (Polivy & Herman, 2004). Or, l'intériorisation de cet idéal socioculturel de minceur et la comparaison avec ces idéaux irréalistes peuvent conduire les individus, et plus particulièrement les femmes, à développer une mauvaise image corporelle (van den Berg et al., 2002). Les femmes en surcharge pondérale sont d'ailleurs plus susceptibles de souffrir d'insatisfaction corporelle (Weinberger et al., 2016) et cette tendance semble persister avec l'âge (Cameron et al., 2019). Aussi, le désir de minceur est souvent accompagné de régimes amaigrissants restrictifs, et ce même chez les femmes de plus de 50 ans (Gagne et al., 2012). Pourtant, ces pratiques restrictives ne sont pas sans risques pour la santé de ces femmes (Shapses & Riedt, 2006; Weinheimer et al., 2010). L'approche de l'Al a été développée à contre-courant des régimes amaigrissants (Tribole & Resch, 2012). L'Al a depuis été négativement associée aux troubles alimentaires (Bruce & Ricciardelli, 2016) et positivement associée à l'appréciation corporelle (Augustus-Horvath & Tylka, 2011), d'où l'importance d'aborder l'image corporelle dans les interventions prônant l'Al. Jusqu'à présent, l'image corporelle et l'Al ont été principalement investiguées auprès de femmes jeunes ou pré-ménopausées (Bruce & Ricciardelli, 2016; Cameron et al., 2019) et peu de données sont présentes sur l'implémentation de l'AI, plus particulièrement dans la population de femmes plus âgées (Van Dyke & Drinkwater, 2014). L'approche de l'Al est proposée dans différentes institutions pour la prise en charge de personnes en surcharge pondérale, dont celle du CM du HIB. Ce travail de Master vise, à travers une recherche qualitative descriptive, à explorer le vécu du processus d'implémentation de l'Al de femmes post-ménopausées et en surcharge pondérale, en tenant compte de leur image corporelle.

#### 2 Recension des écrits

#### 2.1 Surpoids et obésité

#### 2.1.1 Prévalence du surpoids et de l'obésité en Suisse

En 2017, selon *l'Enquête suisse sur la santé* (Galati et al., 2020), 31% des personnes âgées de plus de 15 ans étaient en surpoids (Indice de Masse Corporelle (IMC) ≥ 25kg/m²) et 11% souffraient d'obésité (IMC ≥ 30kg/m²). Ainsi, près de 42% de la population Suisse était en surcharge pondérale. La prévalence de surpoids et d'obésité a régulièrement augmenté entre 1992 et 2017, passant de 30% à 42% aujourd'hui. Les statistiques montrent également une augmentation, avec l'âge, de la part des personnes en surpoids ou état d'obésité, avec les taux les plus élevés chez les hommes et les femmes âgé·e·s entre 65 et 74 ans.

#### 2.1.2 Conséquences du surpoids et de l'obésité

Les conséquences de l'excès pondéral sont nombreuses et peuvent impacter autant la santé physique et mentale que la vie sociale des personnes concernées. Le surpoids et/ou l'obésité sont associés par exemple à l'incidence de diabète de type II, aux maladies cardiovasculaires, à l'hypertension artérielle ou encore à l'arthrose (Guh et al., 2009). A cela s'ajoute un risque accru de mortalité chez les personnes en état d'obésité, en comparaison avec des adultes de poids normal (IMC 18.5 à ≤ 25kg/m²) (Flegal et al., 2013). Il existe également une corrélation entre excès pondéral et santé psychique, sans pour autant pouvoir établir de lien de causalité. En comparaison des personnes normo-pondérales en Suisse, les personnes en état d'obésité souffrent davantage de dépression, de détresse psychologique, d'un faible niveau de vitalité et d'un faible soutien social (Galati et al., 2020). De plus, nombre de personnes dans nos sociétés font l'objet de discrimination et de stigmatisation dues au surpoids ou à l'obésité (Puhl & Heuer, 2009). Les conséquences de l'excès pondéral sont lourdes à porter en tout point de vue. Il est donc primordial de prévenir la survenue du surpoids et de l'obésité dans la population et de soutenir les personnes souffrant de surcharge pondérale dans la gestion de leur poids et de leur santé.

#### 2.1.3 Recommandations de traitement du surpoids et de l'obésité

Les panels d'experts recommandent une prise en charge multidisciplinaire dans la gestion du surpoids et de l'obésité (Semlitsch et al., 2019). La perte de poids est recommandée aux personnes avec IMC ≥ 30kg/m² ou IMC ≥ 25kg/m² avec comorbidités. Parmi les traitements conservateurs comprenant des modifications du style de vie, les objectifs thérapeutiques de perte pondérale sont convergents, c'est-à-dire de 5 à 10% du poids initial en 6 à 12 mois. Pour perdre du poids, les guidelines préconisent une réduction calorique de 500 à 750 kcal par jour, ainsi que l'augmentation d'une activité physique à intensité modérée d'un minimum de 30 minutes, cinq jours par semaine, combinée à des exercices de renforcement musculaire (Semlitsch et al., 2019). Plus spécifiquement en Suisse, le Consensus du traitement de l'obésité (Laederach et al., 2016) recommande des prises en charge centrées sur le patient en intégrant des modifications du comportement alimentaire et de l'éducation nutritionnelle, de l'activité physique, des aspects psychologiques et des thérapies spécifiques pour les troubles alimentaires. Les auteur e s prônent une « approche basée sur les besoins physiologiques de l'individu, sur le plaisir et non la restriction et sans aliments tabous » (Laederach et al., 2016, p. 31). S'il est avéré qu'un déficit calorique est nécessaire pour entraîner une perte de poids, le consensus recommande des programmes souples, modulables et adaptés aux contextes des patient·e·s pour permettre une meilleure gestion du poids tout au long de leur vie (Laederach et al., 2016).

#### 2.1.4 Résultats et conséquences des traitements conservateurs

La perte de poids permet d'atteindre une amélioration de divers facteurs de santé tels que l'hypertension artérielle et le cholestérol, de prévenir le développement d'un diabète de type II et de diminuer les risques de maladies cardiovasculaires, par exemple (Ryan & Yockey, 2017). De plus, des études ont démontré une amélioration de la qualité de vie liée à la santé chez des sujets souffrant d'obésité après perte de poids (Kolotkin & Andersen, 2017). Bien que les effets d'une perte de poids sur la santé soient avérés, les études cliniques mettent en évidence la difficulté à la maintenir sur le long terme. En effet, des revues systématiques d'essais contrôlés randomisés visant des modifications diététiques et de style de vie auprès de personnes en surcharge pondérale démontrent une perte de poids pouvant aller de 4 à 6% du poids initial à une année des interventions (Dansinger et al., 2007; Franz et al., 2007). Or, les études montrent une tendance à la reprise pondérale d'approximativement la moitié du poids perdu à trois ans post-intervention (Dansinger et al., 2007). Il faut mentionner toutefois les limites de ces résultats, qui sont tirés d'études hétérogènes menées principalement dans des centres spécialisés, avec une tendance à un taux élevé de retraits des participant·e·s aux interventions (Dansinger et al., 2007; Franz et al., 2007). Depuis peu, des études transversales s'intéressent au maintien de la perte de poids dans la population générale. L'étude allemande de De Zwaan et al. (2008) a montré par exemple, que 8% des personnes en surpoids et 12% des personnes en état d'obésité avaient réussi à maintenir une perte de poids de ≥ 10% du poids initial après cinq ans. Bien que ces résultats comportent des limites, il semblerait que la prévalence du maintien de la perte de poids soit plus élevée dans la population générale qu'en clinique. Plus d'études sont nécessaires pour confirmer et comprendre ces données (De Zwaan et al., 2008). Ceci dit, le suivi de régimes amaigrissants est associé à une évolution pondérale défavorable sur le long terme (Siahpush et al., 2015). Dans leur étude prospective incluant 8'824 adultes, Siahpush et al. (2015) ont mis en évidence que les personnes ayant suivi un ou plusieurs régimes amaigrissants étaient plus à même de prendre du poids sur le long terme en comparaison de personnes n'ayant jamais suivi de régimes, et cela indépendamment de l'IMC, de la santé, de la détresse psychologique, de l'activité physique, de la consommation de tabac et de facteurs socioéconomiques.

L'Agence nationale de sécurité de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) (2010) met en garde la communauté scientifique et médicale contre les risques pour la santé liés aux régimes amaigrissants populaires et restrictifs, souvent pratiqués sans suivi médical et non fondés sur les preuves scientifiques. L'ANSES (2010) rappelle que les régimes doivent être prescrits pour des raisons de santé et que la démarche doit être supervisée par des spécialistes. Parmi les risques pour la santé, les expert·e·s relèvent la perte de masse musculaire, inévitable lors de perte de poids, mais également accentuée lors d'apports

protéiques insuffisants (Krieger et al., 2006). Cette perte de masse maigre est particulièrement problématique chez les personnes âgées de plus de 50 ans et en surcharge pondérale car elle augmente le risque de sarcopénie (Weinheimer et al., 2010). Il existe également un risque de réduction de la densité osseuse lors de perte de poids, qui semble être plus sévère chez les femmes dès la pré-ménopause (Shapses & Riedt, 2006). D'un point de vue psychologique et comportemental, l'ANSES (2010) met en garde contre le développement de l'état de restriction cognitive (décrit ci-dessous). En somme, les expert·e·s dénoncent les régimes reposant sur « une modélisation standardisée des corpulences et des appétits » (p. 67), sans prise en considération des besoins individuels de chaque personne (ANSES, 2010).

#### 2.1.5 La restriction cognitive

La notion de restriction cognitive, « dietary restraint » en anglais, est conceptualisée en 1975 par les psychologues Peter Herman et Janet Polivy (1975). Ces auteur es la définissent comme l'intention réussie ou non de contrôler mentalement son alimentation dans le but de stabiliser son poids ou d'en perdre. A savoir, l'état de restriction cognitive peut toucher autant des personnes normo-pondérales que celles souffrant d'obésité (Herman & Polivy, 1975). Les chercheurs Polivy et al. (2020) relèvent la forte contradiction dans notre société occidentale, où la surabondance d'aliments hypercaloriques, savoureux et attrayants incitent à manger en grande quantité. D'autre part, notre société dicte une culture où les individus et principalement les femmes doivent être minces pour être attrayant es, ce qui les pousse à tenter de restreindre leurs apports alimentaires pour perdre du poids. Les auteur es relèvent que les mangeur·euse·s restreint·e·s, c'est-à-dire en état de restriction cognitive, délaissent leurs signaux physiologiques de faim et de satiété et se mettent en état d'inhibition, pour se fier uniquement à leur cognition afin de décider quand, quoi et combien manger (Polivy et al., 2020). Néanmoins, les besoins physiologiques et les nombreuses incitations à la consommation rendent le contrôle de la restriction des apports caloriques difficile à suivre sur le long terme (Polivy et al., 2008). Cette intention de restreindre son alimentation, dans le but de perdre du poids, demande dès lors une résistance cognitive et psychologique importante (Herman & Polivy, 1984). Il arrive alors d'enfreindre les règles alimentaires imposées à soimême, ce qui peut être accompagné d'un fort sentiment de culpabilité (de Witt Huberts et al., 2013). Selon Polivy et al. (2020), deux aspects qualifient la restriction cognitive : la restriction et la désinhibition, c'est-à-dire la tentative (réussie ou non) de restreindre ses apports caloriques en alternance avec une perte de contrôle, résultant en surconsommation calorique. Les conséquences de cette alternance sont l'effet yo-yo avec pertes de poids et reprises pondérales subséquentes, pouvant amener à une augmentation du poids sur le long terme (Polivy et al., 2020). Une étude a effectivement révélé que les personnes en état de restriction cognitive avaient un IMC plus élevé et montraient de plus grandes préoccupations concernant leur alimentation, leur morphologie et leur poids que les personnes non-restreintes (Quick & Byrd-Bredbenner, 2012). La présence de restriction cognitive était également associée à l'alimentation émotionnelle, à la désinhibition alimentaire, à l'hyperphagie nocturne ainsi qu'à des symptomatologies boulimiques (Quick & Byrd-Bredbenner, 2012).

En réponse aux risques liés aux régimes amaigrissants restrictifs, les approches anti-régimes sont apparues comme nouveau paradigme du traitement de l'obésité dans les années 90 (Gast & Hawks, 1998). Ce travail de Master s'intéresse plus particulièrement à l'approche de l'AI, décrite dans les prochains chapitres.

# 2.1.6 Prise en charge au Centre Métabolique de l'Hôpital Intercantonal de la Broye

La présente étude a pris forme au sein du CM du HIB, où travaille l'étudiante Master en tant que diététicienne. Cette institution est spécialisée dans le suivi de personnes en surcharge pondérale. Des traitements conservateurs, pharmacologiques ou la chirurgie bariatrique y sont proposés aux patient es. Une équipe multidisciplinaire composée de médecins spécialisé es, de diététicien ne s, psychologues, et d'expert e s en activité physique adaptée (APA) assure ces suivis. Les patient·e·s ont la possibilité d'être suivi·e·s en consultations individuelles et de participer à des cours de groupe, par exemple sur le comportement alimentaire. L'approche de l'Al y est entre autres pratiquée. Celle-ci fut développée par les diététiciennes Tribole et Resch (2012) en 1995 aux États-Unis et adoptée dans plusieurs pays par des spécialistes de l'obésité. En France, en 1998 par exemple, l'association du GROS (Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids) voit le jour. Il s'agit d'une organisation à but non lucratif regroupant des thérapeutes proposant une approche psycho-sensorielle triaxiale pour l'accompagnement des personnes souffrant de surpoids ou d'obésité (Le GROS, 2021). Ils ont élaboré des concepts thérapeutiques alternatifs aux régimes amaigrissants et assimilables à l'approche de l'Al (Sweerts et al., 2020). Les thérapeutes du CM du HIB s'inspirent de ces concepts dans la prise en charge de leurs patient·e·s.

#### 2.2 Alimentation intuitive

#### 2.2.1 Les fondements de l'alimentation intuitive

Les diététiciennes américaines Tribole et Resch (2012) ont développé l'approche de l'Al à contre-courant des régimes amaigrissants, qui mettaient en échec nombre de leurs patient·e·s. Au travers de l'Al, elles prônent un comportement alimentaire basé sur les signaux physiologiques de faim et de satiété. L'Al permet de concilier une alimentation saine pour le corps et l'esprit et libre de privations. Selon les deux diététiciennes, chacun·e possède la capacité innée de manger intuitivement. Apprendre ou réapprendre à manger intuitivement

demande de passer par plusieurs étapes. Ce processus peut être itératif. Elles insistent sur le fait de focaliser son attention sur l'expérience vécue à travers ce processus et non sur le résultat final, c'est-à-dire le poids pour beaucoup de personnes. Afin d'accompagner leurs client·e·s dans ce processus, les auteures proposent dix principes de l'Al. En voici une traduction libre, tirée du livre des deux auteures (Tribole & Resch, 2012):

#### 1. Rejeter la mentalité des régimes amaigrissants

Il s'agit d'abandonner les régimes prometteurs de perte pondérale rapide, facile et permanente car l'espoir de trouver un régime encore meilleur pour perdre du poids empêche de développer l'Al. Le contrôle mental de l'alimentation avec restrictions caloriques fait certes perdre du poids, mais risque d'engendrer aussi de la frustration et de la compensation alimentaire. Cela peut mener à une reprise pondérale, renforçant encore l'intention de restreindre son alimentation, enfermant ainsi la personne dans un cercle vicieux. Pour parvenir à rejeter la mentalité des régimes, les diététiciennes proposent de prendre conscience des dommages physiques et psychiques causés par les régimes et d'identifier les pensées poussant aux régimes.

#### 2. Honorer sa faim physiologique

Il s'agit d'apprendre à identifier les signes de la faim physiologique et de nourrir son corps avec une quantité adéquate d'énergie lorsque la faim est modérée afin d'éviter les fringales. Les auteures invitent les patient·e·s à expérimenter les différents stades de la faim et à apprendre à faire confiance à ses signaux.

#### 3. Faire la paix avec son alimentation

Il s'agit de se permettre de manger tous les aliments souhaités, tout en respectant les signes de faim et de satiété. Les privations alimentaires sont à proscrire car elles augmentent les envies et peuvent provoquer des fringales sous forme de compensation alimentaire. Elles renforcent également la restriction cognitive, engendrant un sentiment de culpabilité. La solution est de se donner la permission inconditionnelle de manger.

#### 4. Vaincre la restriction cognitive

Il s'agit de se distancier des règles alimentaires typiques des régimes amaigrissants et de cesser de catégoriser les aliments comme étant « *interdits* » ou « *autorisés* », selon qu'ils feraient prendre ou perdre du poids. Les auteures proposent de faire taire la voix intérieure culpabilisante des régimes et de développer plutôt une voix bienveillante envers soi-même et d'apprendre à écouter son corps. Elles suggèrent également de rationaliser les pensées négatives et distordues de la mentalité régime et d'éviter les pensées dichotomiques.

#### 5. Ressentir sa satiété

Il s'agit d'identifier les signes physiologiques de rassasiement pour savoir quand s'arrêter de manger. Ce principe peut être respecté uniquement si la permission inconditionnelle de

manger est acquise au principe n°3 car la tentation de surconsommer un aliment « *interdit* » est grande. Aussi, il faut être capable de ressentir la faim pour pouvoir apprécier la sensation de satiété, qui est par définition l'absence de faim physiologique. Les auteures proposent d'appliquer l'alimentation en pleine conscience en dégustant les aliments et en mangeant lentement.

#### 6. Découvrir le facteur de la satisfaction alimentaire

Il s'agit de découvrir le plaisir et la satisfaction alimentaire. Pour cela, les auteures recommandent de manger les aliments souhaités en les dégustant de manière consciente, lorsque la sensation de faim est modérée. Ainsi, le sujet se rend compte que même une petite quantité d'un aliment peut être suffisante pour le satisfaire. Il faut pour cela oublier les règles alimentaires culpabilisantes et choisir des aliments qui sont appréciés.

#### 7. Gérer ses émotions sans recourir à l'alimentation

Il s'agit de trouver des moyens pour se réconforter, se distraire ou résoudre ses problèmes sans recourir à la nourriture. L'anxiété, la colère, l'ennui ou la solitude sont des émotions que chacun·e expérimente dans sa vie. Si la nourriture peut calmer ou réconforter sur le court terme, elle ne peut pas résoudre les déclencheurs d'émotions.

#### 8. Respecter son corps

Il s'agit d'accepter son corps tel qu'il est en cessant les critiques envers lui, de le traiter avec dignité et de répondre à ses besoins. C'est-à-dire de prendre soin de son corps et de sa santé, quelle que soit sa morphologie. Pour ce faire, les auteures incitent les patient·e·s à se détacher des normes socioculturelles de beauté et de minceur. Elles proposent d'être confortable dans ses habits, d'éviter la comparaison avec les autres et les critiques envers son propre corps, de respecter la diversité des morphologies, d'accepter son poids corporel et de faire des choses agréables pour son corps.

#### 9. Faire de l'activité physique et sentir la différence

Il s'agit de prendre plaisir à faire une activité physique pour la santé, le bien-être et non pas pour la perte de poids car faire de l'exercice physique pour perdre du poids n'est pas motivant sur le long terme. Les auteures proposent de se concentrer sur le ressenti du corps durant et après un exercice physique, autant au niveau physique que psychique. Elles encouragent les patient·e·s à être actif·ve·s dans leur quotidien, de rendre l'exercice physique amusant et de se sentir confortable.

#### 10. Honorer sa santé par une alimentation bienveillante

Il s'agit de faire des choix alimentaires sains dans l'idée de satisfaire ses papilles gustatives et de se sentir bien. Les auteures remarquent qu'il est difficile de suivre une alimentation saine tant qu'une relation apaisée avec son alimentation n'est pas établie car sinon, le fait de suivre des règles alimentaires saines risque d'être considéré comme un régime, entraînant avec lui ses conséquences indésirables. C'est pourquoi ce principe arrive en dernière position. Les

diététiciennes amènent les patient·e·s à prendre du plaisir à manger sainement, sans culpabiliser lors de la consommation d'aliments jugés moins sains, tout en écoutant les sensations de faim et de satiété. Suivre une alimentation saine est perçu comme important pour promouvoir la santé et non pas pour perdre du poids.

#### 2.2.2 Approche triaxiale de l'association du GROS

L'approche du GROS repose sur trois axes thérapeutiques, la restriction cognitive, l'axe émotionnel et l'acceptation de soi, dont l'objectif est d'aider les sujets à développer l'Al et à atteindre leur poids d'équilibre (Sweerts et al., 2020). Le poids d'équilibre, aussi nommé « set point » en anglais, se définit par le poids physiologiquement et génétiquement déterminé d'un individu. Celui-ci se base sur un feedback de la masse graisseuse vers le système nerveux central pour contrôler les apports caloriques (Speakman et al., 2011). Bien que cela ne soit pas le sujet de ce travail de Master, il est important de noter que ce modèle est sujet à controverse et que d'autres modèles existent pour expliquer l'équilibre pondéral, en englobant également les facteurs environnementaux, physiologiques, psychologiques et génétiques (Speakman et al., 2011).

Le premier axe de l'approche du GROS concerne la réduction de la restriction cognitive (Sweerts et al., 2020) car le·la mangeur·euse restreint·e mange de manière raisonnée et anticipée, sans respecter ses sensations alimentaires. N'arrivant que difficilement à suivre les règles alimentaires imposées à soi-même sur le long terme, il s'ensuit généralement un sentiment de culpabilité lorsque ces règles sont enfreintes (de Witt Huberts et al., 2013). Ce premier axe vise donc à aider les patient·e·s à adopter un comportement alimentaire plus intuitif et sensoriel en s'éloignant de ces règles alimentaires. L'enseignement de l'identification et du respect des sensations physiologiques de faim et de satiété est au cœur de cet axe. Ainsi les patient·e·s apprennent à distinguer la faim physiologique d'autres sensations ou émotions. Un travail sur les croyances alimentaires est effectué, ainsi que sur la réintroduction d'aliments considérés comme « *interdits* » car faisant prendre du poids. Le sujet apprend à déguster les aliments et à se concentrer sur ce qu'il mange, sans ressentir de culpabilité. Une attention particulière doit être réservée aux envies de manger émotionnelles, qui peuvent représenter des barrières à ce premier axe (Sweerts et al., 2020).

L'axe émotionnel représente ainsi le deuxième pilier de l'approche du GROS (Sweerts et al., 2020). La nourriture est souvent utilisée comme réponse à une détresse émotionnelle, dans un but de calmer les émotions intolérables et de les réguler (Goldfield et al., 2008). Sweerts (2020) souligne que selon la théorie d'autorégulation de Schwartz (1975), ce comportement est normal et n'aurait pas de conséquences sur le poids si les sensations alimentaires sont respectées aux autres moments. Mais chez les sujets en état de restriction cognitive, la

culpabilité ressentie en enfreignant les règles alimentaires (de Witt Huberts et al., 2013) réduit le potentiel réconfortant des aliments lors de leur consommation, ce qui risque d'augmenter les fringales et les compulsions alimentaires (Sweerts et al., 2020). Dès lors, ce deuxième axe met l'accent sur la gestion émotionnelle par l'alimentation. Il s'agit d'aider le sujet à prendre conscience de ses émotions, de les identifier et les accepter. Il apprend que manger des aliments gras et sucrés peut être réconfortant et ainsi à se défaire des émotions et pensées négatives, comme la culpabilité. Le sujet apprend à accepter ses envies de manger émotionnelles et à manger ses aliments plaisirs attentivement pour éviter l'intensification de ses envies et le risque de compulsion en découlant (Sweerts et al., 2020).

Finalement, le troisième axe du GROS consiste en un travail sur l'acceptation de soi. Les sujets souffrant de surpoids ou d'obésité n'atteignent pas forcément le poids idéal désiré, malgré une alimentation plus intuitive. Il s'agit dès lors de les accompagner dans l'abandon du corps parfait, idéalisé et normé par notre société. Les patient·e·s apprennent à vivre dans un monde stigmatisant pour les personnes en surcharge pondérale. Ce processus englobe la bienveillance envers soi-même, l'affirmation ainsi que le respect de soi. L'apprentissage de l'acceptation de soi permet ainsi aux sujets de se sentir mieux dans leur corps, de s'aimer avec ses imperfections et d'augmenter l'acceptation corporelle (Sweerts et al., 2020).

Le GROS intègre également l'alimentation en pleine conscience dans leur approche, telle que l'approche de la sensibilisation à l'alimentation basée sur la pleine conscience (« *Mindfulness-based eating awareness training* » en anglais (MB-EAT)) (Kristeller & Wolever, 2010). Les diététicien·ne·s et psychologues du CM du HIB utilisent aussi certains de ces outils. Cette approche englobe des expériences de pleine conscience axées sur la sensibilisation des sensations de faim et de satiété, des dégustations approfondies visant à développer la satisfaction alimentaire avec de petites quantités de nourriture, et des exercices permettant de réduire la vitesse alimentaire. Aussi avec la pleine conscience, les patient·e·s sont encouragé·e·s à savourer les aliments réconfortants en petites quantités et à trouver des alternatives à leurs émotions autres que la nourriture. Par ailleurs, l'acceptation de soi et la confiance en soi sont abordées dans le contexte des interactions interpersonnelles des patient·e·s en identifiant les pressions sociales perçues au sein de l'entourage (Kristeller & Wolever, 2010).

#### 2.2.3 Définition des sensations alimentaires

La prise alimentaire peut être déclenchée par la faim physiologique, par la faim hédonique ou une interaction entre les deux. La première est une réponse à la régulation homéostatique contrôlée principalement par l'hypothalamus. Elle apparaît lorsque les réserves du corps en nutriments et énergie diminuent (Berthoud et al., 2017). Les signaux de faim physiologique

partent de l'estomac, lorsque le nerf vagal indique que celui-ci est vide, et sont renforcés notamment par l'hormone ghréline et un fléchissement de la glycémie (Amin & Mercer, 2016). La faim hédonique est déclenchée par des facteurs cognitifs, émotionnels et de récompense. Il s'agit de l'appétit ou de l'envie de manger, sans qu'elle soit forcément accompagnée de la faim physiologique. C'est elle qui est impliquée également dans la recherche de plaisir alimentaire (Berthoud, 2011). La satiété est définie par l'absence de faim physiologique entre les repas. Elle apparaît dès la fin d'une prise alimentaire et se caractérise par un sentiment de confort et de plénitude. La satiété est régulée par la concentration sanguine en nutriments et par différentes hormones, telles que l'insuline, Glucagon-Like Peptide 1 (GLP-1), Cholécystokinine (CCK) et Peptide-YY (PYY). Elle est à différencier du processus de rassasiement, qui met un terme à la prise alimentaire et détermine la quantité d'aliments à ingérer lors d'un repas. Le rassasiement est régulé par la distension gastrique et des mécanismes sensoriels (Amin & Mercer, 2016).

#### 2.2.4 Données probantes sur l'alimentation intuitive

Depuis le développement de l'approche de l'Al en 1995, plusieurs études ont été menées pour évaluer cette méthode alternative aux régimes amaigrissants. Pour ce faire, des échelles de mesure de l'Al ont vu le jour. Parmi l'une des plus utilisées, il y a l'échelle de *l'Intuitive Eating Scale* (IES), développée par Tylka (2006) puis révisée (IES-2) par Tylka et Kroon Van Diest (2013). L'IES-2 comprend quatre dimensions : « *Manger pour des raisons physiques plutôt qu'émotionnelles* », « *Permission inconditionnelle de manger* », « *Recourir à l'écoute des sensations de faim et de satiété* », « *Choix alimentaires basés sur la santé et le fonctionnement du corps* » (traduction libre) (Tylka & Kroon Van Diest, 2013). La plupart des études citées plus loin ont utilisé l'une des deux échelles comme instrument de mesure. Il est important de prendre en considération, que la plupart des études comprennent des biais du fait d'échantillons petits et homogènes. Elles sont effectuées auprès de femmes, la plupart du temps étudiantes et en surcharge pondérale et se déroulent principalement aux États-Unis (Bruce & Ricciardelli, 2016; Grider et al., 2020).

#### 2.2.4.1 Alimentation intuitive et variables psychosociales

La revue systématique de Bruce et Ricciardelli (2016) a démontré que l'Al est négativement associée au suivi de régimes amaigrissants, aux préoccupations alimentaires ou encore à des symptomatologies des troubles alimentaires. D'autre part, l'Al est positivement associée à l'appréciation et la satisfaction corporelle ainsi qu'à une meilleure gestion émotionnelle. De plus, l'Al a été positivement associée à diverses variables de bien-être psychique, telles que l'estime de soi ou la satisfaction de la qualité de vie (Bruce & Ricciardelli, 2016). En France plus particulièrement, l'Al a été négativement associée à la restriction cognitive, l'alimentation

émotionnelle, la désinhibition alimentaire et des symptômes dépressifs (Camilleri et al., 2015). Ces résultats d'études transversales ne permettent toutefois pas d'établir de relations causales. Une revue systématique incluant 20 études regroupant des interventions promouvant l'AI, telles que les programmes de *Health at Every Size* (HAES) ou d'alimentation en pleine conscience, a démontré des effets positifs sur la diminution de l'état de restriction cognitive, de la désinhibition alimentaire et des accès hyperphagiques, ainsi qu'une meilleure réponse aux sensations de faim et de satiété (Schaefer & Magnuson, 2014). Il faut toutefois relever le manque de mesures validées de l'AI dans ces études, ce qui rend difficile de cibler l'efficacité des différentes composantes des programmes (Schaefer & Magnuson, 2014). Plus d'études expérimentales et longitudinales sont nécessaires pour confirmer les résultats des études transversales et démontrer l'effet de l'implémentation de l'AI sur les troubles alimentaires, les préoccupations d'image corporelle et le bien-être psychique des femmes de différentes catégories d'âge (Bruce & Ricciardelli, 2016).

#### 2.2.4.2 Alimentation intuitive et indicateurs de poids, de santé, et de qualité alimentaire

Plusieurs études transversales, comme en Suisse (Horwath et al., 2019) et en France (Camilleri et al., 2015), démontrent une association inverse entre IMC et AI, sans pour autant pouvoir faire de lien de causalité. A ce jour, bien que peu d'études de qualité existent sur les effets de l'implémentation de l'Al sur la perte de poids (Fuentes Artiles et al., 2019), il semble que l'Al n'ait que peu d'impact sur cet indicateur (Van Dyke & Drinkwater, 2014). L'étude rétrospective de Tylka et al. (2019) menée auprès de 382 hommes et femmes aux États-Unis, a démontré en contrôlant l'IMC, que les individus avec de plus hauts scores d'Al montraient un poids stable durant l'année écoulée tandis que les individus avec de plus faibles scores d'Al avaient pris et / ou perdu du poids (Tylka et al., 2019). Cette stabilisation du poids est également démontrée dans l'essai clinique randomisé mené aux États-Unis par l'équipe de Bacon et al. (2005). Un programme de six mois HAES, axé sur l'acceptation corporelle et l'Al, a été mené auprès de femmes en état d'obésité, en comparaison avec un groupe contrôle suivant un régime amaigrissant. Les participantes du groupe HAES ont maintenu leur poids initial tout au long de l'intervention ainsi qu'à deux ans post-intervention. Les participantes du groupe contrôle ont, quant à elles, perdu en moyenne 5.2% de leur poids pendant l'intervention. Poids repris à deux ans post-intervention, rendant la différence de poids avec le groupe HAES non-significative (Bacon et al., 2005). Ces données indiquent que l'Al permettrait de stabiliser le poids sur le long terme et d'éviter l'effet yo-yo des régimes amaigrissants, mais pas de perdre du poids (Van Dyke & Drinkwater, 2014).

L'approche de l'Al met l'accent sur le bien-être et la santé (Tribole & Resch, 2012). Pourtant, peu d'études ont évalué jusqu'à présent l'association entre Al et indicateurs de santé (Van Dyke & Drinkwater, 2014), et leurs résultats sont controversés. Si une étude pilote a, par

exemple, mis en évidence chez des jeunes participantes une association négative entre score total d'Al et risques cardiovasculaires (Hawks et al., 2005), une étude plus récente menée auprès de 248 adultes de toutes catégories de poids, n'a par contre permis de trouver aucune association significative entre les scores d'Al et indicateurs de santé en ajustant pour l'IMC (Keirns & Hawkins, 2019). Le constat, du point de vue des études expérimentales, est le même. Bien que leurs résultats montrent de manière globale une amélioration de la pression artérielle et des valeurs lipidiques sans pour autant atteindre de perte de poids, ils méritent d'être approfondis par des études de meilleure qualité méthodologique (Schaefer & Magnuson, 2014).

Le dernier principe de l'Al de Tribole et Resch (2012) encourage un choix d'aliments qui honorent la santé et le bon fonctionnement du corps. Toutefois, les résultats d'une revue systématique récente n'ont, dans leur ensemble, pas permis de confirmer systématiquement l'hypothèse comme quoi l'implémentation d'une Al ou d'une alimentation en pleine conscience modifierait la consommation énergétique et la qualité alimentaire des individus (Grider et al., 2020). Néanmoins, les auteur·e·s relèvent que la majorité des études sélectionnées utilisent des outils de mesure non validés, ce qui représente un biais important (Grider et al., 2020).

#### 2.2.4.3 Alimentation intuitive et image corporelle

L'image corporelle fait partie intégrante de l'approche de l'Al. Elle est notamment abordée dans le principe n°8 de Tribole & Resch (2012) « Respecter son corps » (p. 166-182), ainsi que dans le troisième axe de l'acceptation de soi de l'approche du GROS (Sweerts et al., 2020). Dans l'idée de combiner les valeurs prédictives de l'appréciation corporelle et l'Al, les chercheuses Avalos et Tylka (2006) ont développé le modèle d'acceptation de l'Al (« Acceptance Model of Intuitive Eating » en anglais). Ce modèle fut développé auprès d'étudiantes universitaires, puis adapté et élargi à une population de 800 femmes âgées de 18 à 65 ans afin de comparer les résultats dans trois catégories d'âge (18-25 ans ; 26-39 ans ; 40-65 ans) (Augustus-Horvath & Tylka, 2011). Leur modèle a confirmé le lien positif entre l'appréciation corporelle et l'Al. Plusieurs facteurs ont toutefois médié cette association. Par exemple, les femmes étaient plus susceptibles d'apprécier leur corps et de manger selon leurs sensations de faim et de satiété lorsqu'elles ne se préoccupaient pas de la façon dont leur corps apparaissait aux autres. Puis, le fait de ne pas se préoccuper de leur apparence physique vis-à-vis des autres était médié par l'acceptation de leur corps par les autres et indirectement par le soutien social perçu. Ce constat montre finalement l'importance de l'influence de l'entourage et de la société sur les préoccupations d'image corporelle des femmes de toutes catégories d'âge. D'autre part, l'IMC a été négativement associé à l'AI et ce plus particulièrement chez les femmes de 26-39 ans et de 40-65 ans. Il est d'ailleurs intéressant de relever que les femmes de 40-65 ans avaient l'IMC le plus élevé, les scores les plus faibles en AI, qu'elles se fiaient moins à leurs sensations de faim et de satiété pour guider leur alimentation et s'autorisaient moins souvent la permission inconditionnelle de manger lors de sensation de faim, que les plus jeunes femmes. Selon les auteures, cela s'expliquerait par une tentative de compenser la prise de poids qui accompagne souvent le vieillissement. Ces résultats montrent l'importance de prendre en considération l'appréciation corporelle dans l'approche de l'AI. Il apparaît primordial de promouvoir l'acceptation corporelle dans la société et d'aider les femmes, même plus âgées, à diminuer les préoccupations d'apparence physique pour encourager l'adoption de l'AI (Augustus-Horvath & Tylka, 2011).

#### 2.2.4.4 Implémentation de l'alimentation intuitive

Si le nombre d'études transversales et expérimentales concernant l'Al est en augmentation, il existe pour l'instant peu de données scientifiques qui démontrent les effets de l'implémentation d'une Al sur le long terme ou qui évaluent l'adhésion à un tel programme (Van Dyke & Drinkwater, 2014). Or, l'adhésion à un programme anti-régimes sur le long terme est essentiel pour améliorer les indicateurs de santé et de bien-être psychique. Il est donc primordial de développer et d'évaluer des stratégies pour améliorer la compliance à ces programmes (Bradshaw et al., 2010). Une des techniques permettant d'aider les individus à changer de comportement et à adopter un style de vie sain est l'identification des barrières et facilitateurs de ces changements (Michie et al., 2011). Une étude qualitative néo-zélandaise de Barraclough et al. (2019) a exploré l'expérience de l'implémentation de l'Al de 11 femmes en surcharge pondérale, âgées entre 40 et 50 ans. Les principales barrières au processus d'implémentation de l'Al identifiées étaient la difficulté de se détacher des préoccupations pondérales et de se donner la permission inconditionnelle de manger. D'autres barrières se trouvaient dans la gestion des émotions, les horaires et obligations familiales, les contraintes sociales incitant à manger, ou encore de maintenir l'Al sur le long terme sans retomber dans les anciennes habitudes. Les facilitateurs identifiés étaient d'intégrer l'Al dans ses propres valeurs, de pratiquer la pleine conscience, d'avoir une bonne organisation dans son quotidien, de se détacher de l'importance du regard des autres et d'avoir le soutien de l'entourage à manger intuitivement (Barraclough et al., 2019). Il s'avère important de mener d'autres études similaires dans le but de mieux comprendre les déterminants influençant le processus d'implémentation de l'Al et d'améliorer la compliance des patient es à de tels programmes.

#### 2.3 Enjeux concernant l'alimentation intuitive et l'image corporelle

En résumé, de plus en plus d'études démontrent que les régimes amaigrissants restrictifs sont inefficaces, voire délétères sur le long terme. Ils sont associés à une prise de poids sur le long terme (Siahpush et al., 2015), à des préoccupations d'image corporelle ainsi qu'à un risque plus élevé de développer des comportements alimentaires pathologiques (Putterman &

Linden, 2004; Quick & Byrd-Bredbenner, 2012). Des approches alternatives à ces régimes, telle que l'Al, ont vu le jour dans le champ des prises en charge du surpoids et de l'obésité. Depuis, de nombreuses études ont démontré que l'Al est associée à des niveaux plus faibles de troubles alimentaires, une meilleure image corporelle, plus de bien-être (Bruce & Ricciardelli, 2016) et un IMC plus faible (Camilleri et al., 2015; Horwath et al., 2019). D'ailleurs, promouvoir l'implémentation de l'Al permet d'atteindre des effets positifs sur la santé physique et psychique (Schaefer & Magnuson, 2014). Toutefois, peu de données existent encore sur son processus d'implémentation (Van Dyke & Drinkwater, 2014), bien que cela soit essentiel pour augmenter la compliance à de tels programmes et améliorer la santé (Bradshaw et al., 2010). C'est pourquoi la présente étude s'intéresse aux aspects nécessaires à l'implémentation de l'Al et plus particulièrement à ses barrières et facilitateurs. Cette recherche qualitative se concentre plus spécifiquement sur l'expérience de femmes post-ménopausées et en surcharge pondérale, en tenant compte de leur image corporelle. Les raisons sont les suivantes.

Les femmes sont plus à même que les hommes de développer une mauvaise image corporelle et les femmes en surcharge pondérale rapportent une insatisfaction corporelle plus élevée que les personnes de poids normal (Weinberger et al., 2016). Or, l'insatisfaction corporelle liée à la perception de surpoids est fréquemment accompagnée d'un désir de perte de poids (Galati et al., 2020), qui peut être associé à des tentatives d'amaigrissement (Haynes et al., 2018). Il s'est d'ailleurs avéré, qu'un IMC élevé est associé à de moins bons scores d'Al (Augustus-Horvath & Tylka, 2011; Camilleri et al., 2015) et que, de surcroît, les femmes montrent des scores totaux d'Al plus faibles que les hommes (Camilleri et al., 2015). Il est donc important d'investiguer les barrières et facilitateurs du processus d'implémentation de l'Al plus particulièrement auprès de femmes en surcharge pondérale. Aussi, les préoccupations pondérales pouvant constituer une barrière à l'Al (Barraclough et al., 2019), il s'avère primordial de prendre en compte l'influence de l'image corporelle sur ce processus.

L'Al et l'image corporelle ont été principalement investiguées auprès de femmes jeunes ou pré-ménopausées, population connue pour être à risque de troubles alimentaires et d'image corporelle (Bruce & Ricciardelli, 2016; Cameron et al., 2019). Pourtant, il est de plus en plus évident que l'insatisfaction corporelle persiste avec l'âge (Cameron et al., 2019) et que le désir de minceur incite aussi les femmes plus âgées à suivre des régimes amaigrissants (Carrard et al., 2018; Gagne et al., 2012). Or, ces femmes sont susceptibles de souffrir de conséquences indésirables liées à ces pratiques restrictives (Gagne et al., 2012; Shapses & Riedt, 2006; Weinheimer et al., 2010). Aussi, la ménopause étant souvent associée à des changements physiologiques et une prise de poids (Karvonen-Gutierrez & Kim, 2016), elle peut être considérée comme une période de vulnérabilité pour de nombreuses femmes

(Mangweth-Matzek et al., 2013). D'ailleurs, les femmes plus âgées montrent des scores d'Al plus faibles que les jeunes femmes (Augustus-Horvath & Tylka, 2011). C'est pourquoi, il est d'autant plus important de s'intéresser à la population de femmes post-ménopausées dans le contexte de l'implémentation de l'Al.

#### 2.4 Image corporelle

#### 2.4.1 Définition de l'image corporelle

Slade (1994) définit l'image corporelle comme « l'image que nous avons dans notre esprit de la taille, de la forme et de l'aspect de notre corps, ainsi que nos sentiments concernant ces caractéristiques et les parties constitutives de notre corps » (traduction libre, p. 497). Selon lui, l'image corporelle se forme de deux composantes principales : la manière de percevoir son corps et les attitudes vis-à-vis de son corps. Les jugements qu'une personne se fait de son corps sont d'ailleurs fortement influencés par des facteurs cognitifs, affectifs et attitudinaux (Slade, 1994).

#### 2.4.1.1 Image corporelle positive et appréciation corporelle

Les experts se sont longtemps intéressés aux aspects négatifs de l'image corporelle, à ses pathologies associées, ainsi qu'aux interventions permettant d'en atténuer les symptômes (Tylka, 2011). Pourtant, la considération de ses aspects positifs est tout autant importante dans la compréhension globale de l'image corporelle et dans la promotion de la santé et du bien-être. Une image corporelle positive pourrait être définie par l'amour, le respect, l'acceptation et l'appréciation envers son propre corps (Tylka, 2011). Et elle est typiquement associée à quatre aspects : avoir une opinion favorable de son corps, indépendamment de son apparence physique : accepter son corps en dépit de son poids, de sa morphologie et de ses imperfections; respecter son corps en répondant à ses besoins et en adoptant des comportements sains; protéger son corps en rejetant les images corporelles irréalistes colportées par les médias (Avalos et al., 2005). Ces aspects peuvent être plus globalement regroupés sous le concept de l'appréciation corporelle, qui est positivement associée à une évaluation favorable de son apparence physique, une meilleure estime corporelle et estime de soi (Avalos et al., 2005). Et au contraire, l'appréciation corporelle est négativement corrélée à l'insatisfaction corporelle, aux préoccupations liées à son apparence physique, à une sensation de honte de son corps ou encore aux troubles alimentaires (Avalos et al., 2005). D'ailleurs, l'appréciation corporelle est positivement associée à l'Al (Augustus-Horvath & Tylka, 2011), d'où l'importance de prendre en compte cette dimension et de promouvoir une image corporelle positive dans le processus d'implémentation de l'Al.

# 2.4.1.2 Influence des idéaux socioculturels de beauté et de minceur sur l'image corporelle

L'apparence physique et l'image corporelle ont pris une importance notoire dans les pays occidentaux, qui dictent des idéaux socioculturels de beauté et de minceur auxquels il faut se conformer. En 1984 déjà, fort du constat d'une prévalence toujours plus importante d'insatisfaction corporelle, de recherche de minceur et de troubles alimentaires dans notre société occidentale, des psychologues ont qualifié les préoccupations pondérales de « mécontentement normatif » pour les femmes (Rodin et al., 1984). En démontrent les publicités, les médias ou encore l'investissement des individus dans la recherche de beauté, en termes d'argent, de temps, d'accessoires, de maquillage et de coiffure, de régimes amaigrissants, ou de chirurgie esthétique (Tiggemann, 2011). Or, l'intériorisation de ces idéaux socioculturels de minceur peuvent être sources de troubles d'image corporelle et alimentaires (Thompson & Stice, 2001). Tel que théorisé dans le modèle d'influence tripartite de Thompson et al. (1999), les pairs, la famille et les médias sont les sources principales d'influence de l'intériorisation des idéaux de minceur et de la comparaison à ces idéaux irréalistes, ce qui peut conduire les femmes à développer une insatisfaction corporelle et un désir de minceur (van den Berg et al., 2002). Cette recherche de minceur entraîne dès lors le suivi de régimes amaigrissants restrictifs et peut mener au développement de troubles alimentaires (van den Berg et al., 2002). Ce modèle a également été validé auprès d'une population suisse de femmes âgées entre 60 et 75 ans (Carrard et al., 2020). Les résultats ont démontré que chez les femmes plus âgées aussi, la pression de se conformer aux idéaux socioculturels de minceur, médié en particulier par les médias et les pairs, peut les conduire à intérioriser ces idéaux et à développer des préoccupations d'image corporelle, ce qui les inciteraient à suivre des régimes amaigrissants et accroître les troubles alimentaires (Carrard et al., 2020).

#### 2.4.2 Évolution de l'image corporelle des femmes avec l'âge

De plus en plus de données scientifiques montrent que l'insatisfaction corporelle des femmes persiste avec l'âge (Cameron et al., 2019). En vieillissant, les femmes s'éloignent de plus en plus des idéaux de beauté normatifs qui associent la jeunesse à la santé et au bien-être. Si certaines femmes acceptent ces changements comme faisant partie du processus naturel de la vie, d'autres femmes éprouvent une insatisfaction corporelle liée à l'âge (Cameron et al., 2019). Une étude qualitative menée auprès de 22 femmes âgées de 61 à 92 ans aux États-Unis a relevé un sentiment d'insatisfaction de leur corps vieillissant, accompagné d'une sensation de perte de beauté physique (Hurd, 2000). Alors que la plupart des femmes exprimaient leur acceptation ou leur fatalisme face aux rides, la prise de poids était source de beaucoup d'autocritique. Plusieurs femmes semblaient avoir intériorisé l'idée que la prise de

poids était un indicateur d'échec moral ou de laxisme et que le poids, contrairement aux rides, était une question de choix et de responsabilité personnels. Toutes les femmes interrogées exprimaient d'ailleurs des préoccupations concernant leur poids. Malgré tout, cette insatisfaction corporelle était contrebalancée par l'acceptation du processus naturel de vieillissement. La majorité des femmes semblaient se réconcilier avec leur insatisfaction corporelle grâce à un changement de priorité vers des aspects de santé et de maintien d'un bon fonctionnement corporel (Hurd, 2000). Cette transition entre une préoccupation de l'apparence physique vers une plus grande importance attribuée à la fonctionnalité et à la santé a également été relevée dans une étude qualitative auprès de 1'849 femmes âgées de plus de 50 ans aux États-Unis (Hofmeier et al., 2017). Dans leur population, les femmes ont entre autres associé leur insatisfaction corporelle aux changements de composition corporelle et à la prise de poids pendant et après la transition ménopausique (Hofmeier et al., 2017).

Il s'avère effectivement, que la prise de poids dont se plaignent beaucoup de femmes en prenant de l'âge corrèle avec la transition ménopausique (Gonçalves et al., 2015; Hofmeier et al., 2017; Karvonen-Gutierrez & Kim, 2016). Les preuves scientifiques suggèrent que, si une prise de poids peut être associée au vieillissement, les changements de composition corporelle et de répartition de la masse graisseuse sont principalement dus aux changements hormonaux durant la transition ménopausique (Karvonen-Gutierrez & Kim, 2016). Celle-ci a été qualifiée de phase de vulnérabilité pour le développement d'insatisfaction corporelle et de troubles alimentaires par des chercheur se (Mangweth-Matzek et al., 2013). Toutefois à ce jour, peu d'études ont investigué cette association (Slevec & Tiggemann, 2011). Il semble que d'autres facteurs soient également impliqués dans le développement d'une mauvaise image corporelle et de troubles alimentaires chez les femmes plus âgées, tels que l'IMC, les préoccupations liées au vieillissement, l'importance portée à son apparence physique ou encore certains facteurs socioculturels (Slevec & Tiggemann, 2011).

Les préoccupations pondérales et d'image corporelle peuvent, même chez les femmes âgées de plus de 50 ans, entraîner un désir de minceur souvent accompagné de régimes amaigrissants restrictifs et être associés à des troubles alimentaires (Gagne et al., 2012). Aussi, l'insatisfaction liée au poids de ces femmes augmente avec un IMC plus élevé et est associée à des pratiques de restriction alimentaire plus importantes (Bouzas et al., 2019). En Suisse-romande également, il a été démontré dans une étude de cohorte auprès de 1'281 femmes, que le désir de perte de poids persiste avec l'âge (Carrard et al., 2018). Parmi les femmes avec IMC normal, 38% âgées de 40 à 59 ans et 27% âgées de 60 à 80 ans indiquaient vouloir perdre du poids. Et lors de surpoids et d'obésité, ce taux atteignait 90% et respectivement 75% dans les deux catégories d'âge. Par ailleurs, le suivi de régimes amaigrissants était plus important chez les femmes en surcharge pondérale, et ce même dans

la catégorie de femmes plus âgées (Carrard et al., 2018). Ceci est préoccupant car bien que la perte de poids chez la personne âgée et en surcharge pondérale puisse avoir des effets bénéfiques sur la santé, elle peut, lors de mesures inadéquates de perte de poids, entraîner des conséquences somatiques indésirables, telles que sarcopénie (Weinheimer et al., 2010) ou réduction de la densité osseuse (Shapses & Riedt, 2006). Aussi, l'étude de Carrard et al. (2018) a mis en évidence chez les femmes des deux catégories d'âge, que le désir de perte de poids était associé à plus de signes de dépression et à une moins bonne satisfaction de la qualité de vie. Ces données montrent l'importance pour les professionnels de la santé d'accompagner ces femmes, pour qui les préoccupations pondérales et d'image corporelle persistent, afin de prévenir une mauvaise santé psychique et les risques liés aux régimes amaigrissants restrictifs.

### 3 Problématique

En réponse aux risques associés au suivi de régimes restrictifs, l'approche de l'Al apparaît comme un nouveau paradigme du traitement de l'obésité dans les années 90 aux États-Unis (Gast & Hawks, 1998). Depuis, un nombre grandissant d'études transversales ont mis en évidence une association entre l'Al et une meilleure image corporelle, plus de bien-être, et des niveaux plus faibles de troubles alimentaires (Bruce & Ricciardelli, 2016), ou encore un IMC plus bas (Camilleri et al., 2015; Horwath et al., 2019). Toutefois, ces études ont principalement été menées auprès de femmes jeunes ou pré-ménopausées (Bruce & Ricciardelli, 2016). Or, la ménopause est une période charnière durant laquelle beaucoup de femmes rapportent des changements physiologiques et une prise de poids (Karvonen-Gutierrez & Kim, 2016). Aussi, l'insatisfaction corporelle et les préoccupations pondérales persistent avec l'âge (Cameron et al., 2019) et peuvent être accompagnées de régimes amaigrissants restrictifs et associés à la présence de troubles alimentaires (Gagne et al., 2012). Ces comportements peuvent entraîner une perte de poids importante et des carences qui, chez les femmes dès la pré-ménopause, peut s'accompagner de conséquences indésirables (Shapses & Riedt, 2006; Weinheimer et al., 2010). Le désir de perte de poids est aussi associé à une moins bonne satisfaction de la qualité de vie et plus de signes dépressifs (Carrard et al., 2018). Ces données mettent en évidence la vulnérabilité des femmes en transition ménopausique et / ou post-ménopausées face à une période où les changements physiologiques les éloignent de plus en plus des idéaux de beauté, de jeunesse et de minceur de notre société (Cameron et al., 2019; Mangweth-Matzek et al., 2013). Dès lors, promouvoir une Al auprès des femmes durant cette phase inéluctable est un moyen de prévenir une évolution défavorable de leur image corporelle et le suivi de régimes amaigrissants qui peuvent être délétères pour leur santé. Bien que l'approche de l'Al soit intégrée dans les thérapies du CM du HIB, il s'avère que son implémentation n'est pas aisée pour toutes les femmes. Peu d'études ont investigué à ce jour le processus d'implémentation de l'Al et ce plus particulièrement auprès de femmes postménopausées (Van Dyke & Drinkwater, 2014). Pourtant, plusieurs barrières et facilitateurs peuvent être rencontrés (Barraclough et al., 2019) et influenceraient la compliance à une telle approche anti-régimes. Or, l'adhésion à une telle intervention est déterminante pour atteindre des effets bénéfiques pour la santé sur le long terme (Bradshaw et al., 2010). C'est pourquoi ce travail de Master vise à explorer les barrières et facilitateurs du processus d'implémentation de l'Al, tels qu'expérimentés par des femmes post-ménopausées et en surcharge pondérale consultant le CM du HIB, en tenant compte de leur image corporelle.

#### 3.1 Question et objectifs de la recherche

#### 3.1.1 Question de recherche

Quels sont les barrières et facilitateurs du processus d'implémentation de l'Al, en tenant compte de l'image corporelle de femmes âgées de 55 à 65 ans post-ménopausées et en surcharge pondérale consultant le Centre Métabolique de l'Hôpital Intercantonal de la Broye?

#### 3.1.1 Objectifs de la recherche

Cette étude qualitative cherche à explorer comment des femmes post-ménopausées et en surcharge pondérale consultant le CM du HIB implémentent l'Al dans leur quotidien. Elle vise à relever des aspects nécessaires au processus d'implémentation de l'Al tels qu'identifiés par ces femmes et à en décrire les barrières et facilitateurs. Plus spécifiquement, ce travail explore l'image corporelle de ces femmes et l'influence qu'elle peut avoir sur l'implémentation de l'Al.

#### 4 Méthode

#### 4.1 Design de l'étude

Ce travail s'inscrit dans une recherche qualitative de paradigme interprétatif avec approche descriptive selon proposition de Sandelowski (2000). Suivant une perspective naturaliste, cette approche vise à décrire le phénomène d'intérêt, en utilisant le langage des participantes et en restant proche des données récoltées (Sandelowski, 2000). Le positionnement ontologique d'une telle approche est le relativisme, qui considère que la réalité est subjective et varie d'une personne à l'autre. Elle s'ancre de ce fait dans le courant du subjectivisme qui accepte que la réalité de tous les objets repose entièrement sur la conscience subjective des participantes (Bradshaw et al., 2017). L'objectif de l'approche descriptive, dans le contexte de cette étude, est donc de fournir une riche description des barrières et facilitateurs du processus d'implémentation de l'AI, tels qu'expérimentés par des femmes post-ménopausées et en surcharge pondérale, en tenant compte de leur image corporelle. Ces aspects spécifiques ayant encore peu été étudiés, l'approche descriptive est idéale pour générer de nouvelles

connaissances venant directement de femmes concernées, permettant ainsi une première incursion dans ce domaine. Pour ce faire, des entretiens individuels semi-structurés ont été menés auprès de patientes consultant le CM du HIB.

#### 4.2 Contexte du Centre Métabolique de l'Hôpital Intercantonal de la Broye

Le CM du HIB, à Estavayer-Le-Lac et Payerne, est spécialisé dans la prise en charge de personnes en état de surpoids ou d'obésité. La population fréquentant cet établissement provient principalement du district de la Broye et de la région du Vully, à cheval entre les cantons de Fribourg (FR) et de Vaud (VD). Sur le canton de VD, le district de la Broye-Vully, dont le chef-lieu est Payerne, comptait 41'049 habitants en 2016, dont 30% d'étrangers (Département des finances et des relations extérieures, 2018, p. 20). Le district de la Broye fribourgeoise, dont le chef-lieu est Estavayer-le-Lac, comptait 33'656 habitants en 2020, dont 20% d'étrangers (Service de la statistique, 2019). De part et d'autre des deux cantons, la surface agricole est de 64% (Département des finances et des relations extérieures, 2018, p. 61; Service de la statistique, 2013a). Par ailleurs, le secteur primaire, comprenant l'agriculture, la sylviculture et la pêche, s'élevait en 2018 à plus de 8% des emplois en équivalent plein temps (FR et VD). Les secteurs secondaires et tertiaires représentaient chacun 30% (VD) et 38% (FR), respectivement 60% (VD) et 53% (FR) des emplois en équivalent plein temps (Département des finances et des relations extérieures, 2018, p. 119; Service de la statistique, 2013b). Le district vaudois de la Broye-Vully présente un niveau de formation des plus de 30 ans de 40% en degré secondaire I, de 40% en degré secondaire II et de 20% en degré secondaire III (Département des finances et des relations extérieures, 2018, p. 331).

#### 4.3 Critères de sélection des participantes

Les critères de sélection des participantes à l'étude sont exposés dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1

Critères d'inclusion et d'exclusion des participantes

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion	
Sexe féminin	Patientes suivies en consultation diététique	
Âge entre 55 et 65 ans	au CM par l'étudiante Master	
IMC ≥ 25kg/m <sup>2</sup>	Refus de l'enregistrement des entrevues	
Patientes suivies au CM par un·e	Patientes post-chirurgie bariatrique	
diététicien·ne et ayant bénéficié d'une	Patientes sous traitement de Liraglutides	
thérapie en individuel ou en groupe selon	(Saxenda®)	
l'approche de l'Al	Diagnostic d'anorexie mentale, de boulimie,	
Bonne compréhension et locution en	d'accès hyperphagiques selon le DSM-5	
français	Refus de donner son consentement éclairé	

Note: IMC = Indice de Masse Corporelle, CM = Centre Métabolique, AI = alimentation intuitive, DSM-5 = Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5<sup>e</sup> édition.

La délimitation d'âge entre 55 et 65 ans a permis de recruter des femmes ayant passé la phase de transition ménopausique, période où les changements physiologiques et hormonaux sont les plus importants et souvent accompagnés d'effets secondaires contraignants (Harlow et al., 2012). A savoir qu'en Suisse, l'âge moyen auquel apparaît la ménopause, c'est-à-dire après 12 mois d'aménorrhée consécutive, est de 52 ans (Zemp & Dratva, 2010). Il semblerait que les femmes en état d'obésité, entre 50 et 65 ans, soient plus touchées par l'insatisfaction corporelle, par le désir de minceur, et par une alimentation désinhibée, que les femmes de passé 65 ans (Lewis & Cachelin, 2001). Ainsi, cette catégorie d'âge a permis de recueillir les récits de femmes susceptibles de recourir à des comportements de perte de poids pour remédier à leur insatisfaction corporelle. Par ailleurs, les femmes recrutées devaient être en état de surpoids ou d'obésité. A savoir, que la majorité des femmes consultant le CM présentent des IMC ≥ 25kg/m². Les femmes sélectionnées devaient également être ou avoir été suivies au CM par un e diététicien ne, selon l'approche de l'Al, soit en thérapie individuelle, soit en cours de groupe. Par ailleurs, un bon niveau de compréhension et de locution en langue française était important. Parmi les critères d'exclusion figurait le fait d'avoir été suivie en thérapie individuelle par l'étudiante Master, ceci afin d'éviter un biais de désirabilité sociale (Butori & Parguel, 2012). Le refus des participantes d'enregistrer les entrevues était également un critère d'exclusion du fait de l'impossibilité de transcrire les réponses données en verbatim. De plus, les femmes ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique, étaient exclues de la sélection. La chirurgie bariatrique limite non seulement l'ingestion et / ou l'absorption des aliments, mais impacte parallèlement les sensations de faim et de satiété, et influence également l'image corporelle des patient·e·s opéré·e·s par une perte de poids rapide (Ivezaj & Grilo, 2018). D'autres diagnostics et traitements médicaux pouvant impacter le comportement alimentaire ou l'image corporelle des femmes, ou entravant la mise en pratique de l'Al, représentaient un critère d'exclusion. Il s'agissait notamment des diagnostics d'anorexie mentale, de boulimie, et d'accès hyperphagiques selon le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition) (American Psychiatric Association, 2015). Le diagnostic d'anorexie mentale est, par sa définition, incompatible avec un IMC ≥ 25kg/m². L'exclusion des diagnostics de boulimie et d'accès hyperphagiques s'explique par le fait que la thérapie repose dans un premier temps sur des interventions cognitivo-comportementales, des psychothérapies, des traitements pharmacologiques et non l'Al (Brownley et al., 2016; Slade et al., 2018). Les troubles de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, spécifiés et nonspécifiés (American Psychiatric Association, 2015), qui représentent des troubles alimentaires ne remplissant pas tous les critères des troubles spécifiques tels que la boulimie ou les accès hyperphagiques, ne constituaient pas de critère d'exclusion à la participation au projet. Les symptômes sont en effet très variés et la thérapie s'adapte aux besoins des patient·e·s. Ces patient e s sont généralement pris es en charge selon l'approche de l'Al au CM. Finalement, un traitement par Liraqlutides, commercialisé sous le nom de Saxenda®, était un critère d'exclusion à l'étude. Ce traitement fait partie des hormones analogues du GLP-1. Il ralentit la vidange gastrique et augmente le rassasiement et la satiété postprandiale, réduit l'appétit ainsi que les apports alimentaires (Pilitsi et al., 2019). Son influence sur les sensations de faim et de satiété représenterait un biais pour cette étude.

#### 4.4 Recrutement des participantes

Le recrutement a eu lieu par échantillonnage de convenance au sein du CM du HIB. Six participantes ont été sélectionnées, correspondant au nombre inférieur de participant·e·s recommandé·e·s par Braun & Clarke (2013), suffisant pour réaliser une analyse thématique des données récoltées. Ainsi, l'étudiante a privilégié la qualité par des contacts intensifs et des entretiens approfondis, plutôt que de générer un grand nombre de données (Bradshaw et al., 2017). Du fait du petit nombre de participantes, l'atteinte de la saturation des données n'est pas assurée. Toutefois, une diversité dans les données récoltées est garantie, car chaque participante reflète un vécu unique concernant sa relation à l'Al et son image corporelle. Ne pouvant recruter ses propres patientes au sein du CM pour éviter tout risque de biais de désirabilité sociale (Butori & Parquel, 2012), l'étudiante Master a bénéficié du soutien de ses

collègues diététicien·ne·s et psychologues dans la sélection des participantes. Afin de cibler le recrutement, les collègues diététicien·ne·s et psychologues devaient repérer les participantes répondant aux critères de sélection parmi leurs suivis individuels. Un flyer d'information sur l'étude était distribué aux candidates. Ayant été informées du but et du déroulement du projet, les patientes ont donné leur accord oral de participation à l'étude aux thérapeutes respectif·ve·s, qui à leur tour en informait l'étudiante Master. Celle-ci passait par la suite un appel téléphonique aux candidates pour les informer sur les modalités de participation, répondre à leurs questions, vérifier les critères de sélection au projet et déterminer une date d'entretien à leur convenance. Puis un fichier d'information et de consentement éclairé leur était envoyé, à signer avant l'entretien. Aucune compensation pour la participation à l'étude n'était prévue. Le flyer d'information pour les participantes et le fichier d'information et de consentement éclairé se trouvent en annexe 1 et 2.

#### 4.5 Collecte des données

#### 4.5.1 Entretiens semi-structurés

La récolte des données s'est faite à l'aide d'entretiens individuels semi-structurés, permettant ainsi l'exploration du phénomène avec les participantes, en les encourageant à approfondir leurs expériences et à s'exprimer librement. Cette méthode, en accord avec la recherche qualitative descriptive, contribue à découvrir de nouveaux éléments et fournit une richesse d'informations (Bradshaw et al., 2017; Sandelowski, 2000). Les entretiens devaient initialement se dérouler en face-à-face dans un lieu choisi par les participantes, afin de leur permettre de se sentir le plus à l'aise possible et de se retrouver dans un contexte approprié. A cause de la pandémie de COVID-19, les entretiens ont été réalisés par visioconférence. Les participantes se trouvaient donc à leur domicile. Les entretiens ont duré entre 1h et 1h30, en plus du temps prévu pour répondre aux questions préalables des participantes. Ils ont été effectués entre novembre 2020 et janvier 2021.

#### 4.5.2 Construction du guide d'entretien

Le guide d'entretien semi-structuré a été réalisé par l'étudiante Master. Le développement des questions d'entretien s'est basé sur les objectifs du projet à atteindre. L'étudiante s'est inspirée de la théorie existante, comme les principes de l'Al selon Tribole & Resch (2012), le questionnaire IES-2 validé par Tylka et Kroon Van Diest (2013) et le modèle d'acceptation de l'Al par Augustus-Horvath et Tylka (2011). Une première partie abordait l'expérience des participantes quant au processus d'implémentation de l'Al en questionnant les barrières et facilitateurs rencontrés. Une deuxième partie abordait les préoccupations liées au poids corporel et l'acceptation de l'image corporelle des participantes, et visait à faire des liens avec leur comportement alimentaire. Celles-ci ont également été invitées à mener une réflexion

autour de l'évolution de leur comportement alimentaire et de leur image corporelle durant les dernières années. Grâce à des questions ouvertes, les participantes ont pu s'exprimer librement et apporter des thématiques nouvelles à la question de recherche. A la fin de l'entretien, les participantes ont répondu à des questions sociodémographiques concernant leur état civil, nombre d'enfants, statut professionnel, niveau de formation ainsi que leur poids et taille actuels. Le guide d'entretien se trouve en annexe 3.

#### 4.5.3 Prétest du guide d'entretien

L'entretien a été testé en amont avec une personne de l'entourage de l'étudiante. Cela a non seulement permis à l'étudiante de prendre de l'assurance en vue des premiers entretiens mais aussi d'évaluer la compréhension des questions du guide d'entretien par une personne non impliquée dans ce projet. Certaines questions ont dû être reformulées à l'issu de ce test. Les réponses aux questions correspondaient aux objectifs de l'étude.

#### 4.6 Matériel et logiciels

Le matériel utilisé pour cette étude comportait un enregistreur vocal pour l'enregistrement des entretiens, une pédale pour la transcription des entretiens, et les logiciels ExpresScribe pour la transcription et NVivo, version 12 développé par QSR International, pour l'analyse thématique.

#### 4.7 Analyse des données récoltées

Les enregistrements ont été transcrits de manière orthographique en verbatim (Braun & Clarke, 2013). Puis, les transcriptions ont été analysées selon l'analyse thématique de Braun & Clarke (2006). Cette méthode de six étapes permet d'identifier, d'analyser et de reporter des thèmes à travers plusieurs sets de données. La première étape comportait la familiarisation avec les transcriptions et les notes d'observations. Puis un codage sémantique et complet, consistant à coder toute information d'intérêt permettant de répondre à la question de recherche sans qu'il n'y ait encore d'interprétation de la chercheuse, a été effectué à l'aide du logiciel NVivo en deuxième étape. Pour cela, l'analyse du corpus de données a été menée de manière déductive et inductive. Sur la base théorique des concepts d'Al et d'image corporelle existante et des questions d'entretien, une première liste de codes déductifs a pu être réalisée. Les barrières et facilitateurs du processus d'implémentation de l'Al et l'influence de l'image corporelle ayant été peu étudiés jusqu'à présent, l'approche inductive a permis d'identifier de nouveaux codes à partir des sets de données récoltées. Pour cela, une démarche itérative a été suivie, impliquant un mouvement constant de va et vient entre les transcriptions, lors du codage des données. Ainsi, l'étudiante a commencé par compléter la liste des codes préétablie en analysant trois premiers entretiens, avant de reprendre le codage depuis le début, puis de faire de même pour les trois derniers entretiens. La troisième étape consistait à analyser les codes et à les regrouper en thèmes plus globaux répondant à la question et aux objectifs de recherche. Lors de la quatrième étape, les thèmes les plus pertinents à la question de recherche ont été sélectionnés et révisés. Puis en étape cinq, ils ont été nommés et mis en lien avec les trois axes de l'approche du GROS (Sweerts et al., 2020) et les dix principes de l'Al de Tribole et Resch (2012). Le *tableau 3*, se trouvant au chapitre 5.3, schématise les liens entre les trois axes du GROS, les dix principes de l'Al et les thèmes créés lors de l'analyse thématique. Finalement, la sixième étape consistait à rédiger l'analyse effectuée pour relater les résultats en décrivant les thèmes de manière concise, cohérente et logique tout en apportant des exemples avec des verbatims des participantes (Braun & Clarke, 2006). Pour répondre à la question de recherche, la partie résultat a été rédigée de manière descriptive selon l'approche décrite par Sandelowski (2000), c'est-à-dire en restant le plus proche des récits des participantes, tout en permettant l'interprétation de l'auteure, inévitable en recherche qualitative (Sandelowski, 2010). Puis, la littérature a été intégrée dans la discussion afin de permettre une compréhension plus large des thèmes identifiés (Braun & Clarke, 2006).

#### 4.8 Aspects éthiques

L'étude a été soumise, le 22 juillet 2020, à la commission d'éthique du canton de Vaud, selon *l'Ordonnance du 20 septembre 2013 relative à la recherche sur l'être humain à l'exception des essais cliniques* (ORH, 2018), et acceptée par celle-ci, le 13 octobre 2020 (n° du protocole d'étude 2020-01896). Une convention de collaboration a été signée entre le CM du HIB et la HEdS-GE (Annexe 4). Afin d'assurer la confidentialité des informations fournies et l'anonymat des participantes, leur nom ainsi que les dates, les lieux et les noms des différents thérapeutes ont été codés dans les transcriptions. Seule l'étudiante avait accès aux données brutes et aux enregistrements, sauvegardés sur un ordinateur du HIB, le temps de l'étude. Les enregistrements ont été détruits une fois l'étude terminée. De même, les transcriptions ainsi que les consentements éclairés signés ont été retirés du HIB et archivés dans le système informatique de la HEdS-GE pour une période de 10 ans.

#### 4.9 Critères de qualité de l'étude

L'étudiante ayant mené les entretiens possède, en tant que diététicienne, une expérience de quatre ans dans la prise en charge de personnes en surcharge pondérale ainsi que dans l'approche de l'Al. Elle a également acquis une première expérience en recherche qualitative grâce à son travail de Bachelor, en menant des entretiens individuels semis-structurés. Ce travail s'inscrivant dans une démarche qualitative, les préconceptions, perspectives et valeurs de l'étudiante Master ainsi que celles des participantes, auront guidé les processus de ce projet. Ce caractère subjectif est néanmoins valorisé dans un contexte de courant subjectiviste

(Braun & Clarke, 2013). Les participantes étaient informées du titre de diététicienne de l'interviewer. Celle-ci s'est toutefois présentée en tant qu'étudiante Master en Sciences de la Santé avant chaque entretien. Dans une ouverture d'esprit, l'étudiante Master a porté un regard critique autour du concept de l'Al. Un audit trail a été créé sous forme de journal réflexif, afin de documenter les décisions prises et les réflexions ayant eu lieu entre le moment du recrutement des participantes jusqu'à l'analyse et l'interprétation des données récoltées.

#### 5 Résultats

#### 5.1 Description des participantes

Six patientes du CM du HIB ont participé aux entretiens. Le *tableau 2* présente leurs caractéristiques.

Tableau 2

Caractéristiques des participantes du projet

Nombre total de participantes : N = 6		
Âge	Entre 55 et 65 ans.	
IMC	Entre 30 et 52kg/m <sup>2</sup> .	
État civil	Trois participantes sont mariées, trois divorcées dont deux à nouveau en couple.	
Nombre d'enfants	Entre deux et quatre enfants, trois participantes ont des petits- enfants.	
Formation	Employée de commerce, apprentissage, certificat de vendeuse, école obligatoire sans autre formation.	
Statut professionnel	Retraitée, naturopathe, indépendante, femme de ménage, à l'assurance invalidité, mère au foyer.	
Durée du suivi au CM	Entre quatre mois et cinq ans.	
Parcours suivi au CM	Cinq participantes se trouvent dans un parcours conservateur et une participante dans un parcours bypass. Les participantes ont été suivies par des médecins et endocrinologues du CM, des diététicien·ne·s, des psychologues et des expert·e·s en APA.	

*Note* : IMC = Indice de Masse Corporelle, CM = Centre Métabolique, APA = activité physique adaptée.

#### 5.2 Thèmes identifiés

L'analyse thématique a permis d'identifier six thèmes répondant à la question et aux objectifs de recherche. Ces thèmes reflètent des aspects nécessaires au processus d'implémentation de l'Al, tels que relevés par les six participantes interviewées. Pour chaque thème, des barrières et facilitateurs du processus d'implémentation de l'Al sont décrits. Les thèmes et leurs sous-thèmes sont développés dans les chapitres suivants, en utilisant des verbatims des entretiens. A savoir qu'à chaque participante est attribué un nom codé (P1, P2, P3, P4, P5, P6), afin de garantir leur anonymat.

#### Thème n°1 : S'éloigner des régimes amaigrissants

S'éloigner des régimes amaigrissants se révèle être un aspect primordial dans le processus d'implémentation de l'Al. Les régimes amaigrissants et les restrictions alimentaires sont vécus comme sources de frustrations et de compensations alimentaires, et représentent des barrières au processus d'implémentation de l'Al. Dès lors, il est important aux yeux des participantes d'arrêter ces pratiques restrictives. Déculpabiliser vis-à-vis de son alimentation est identifié comme facilitant le processus d'implémentation de l'Al. La présence d'ambivalence face aux restrictions alimentaires pour perdre du poids explique la difficulté de plusieurs participantes de s'éloigner des régimes amaigrissants. Développer un scepticisme face aux régimes faciliterait l'acceptation de l'approche de l'Al.

#### Sous-thème 1.1 : Arrêter les régimes et les restrictions alimentaires

A la question « Est-ce que vous avez des aliments que vous évitez ? », toutes les participantes répondent par la positive. On peut classer en trois catégories les raisons conduisant aux restrictions alimentaires : les maladies ou intolérances alimentaires, les croyances alimentaires et le désir de perte de poids. Concernant la première raison, deux participantes répondent qu'elles font attention à cause d'un diabète ou d'intolérances au gluten et au lactose, mais sans ne rien s'interdire :

Je fais attention au fait que je suis diabétique, ben c'est clair je dois faire attention avec le sucre, avec les graisses aussi, mais je ne m'interdis rien. Si j'ai envie d'une pomme, je mangerai une pomme, si j'ai envie de deux carrés de chocolat, je vais manger mon chocolat. (P2)

P5, quant à elle, dit trouver des alternatives qui lui conviennent. Mais pour les autres femmes, des croyances alimentaires inciteraient à éviter certains aliments, comme le chocolat, les biscuits et les aliments gras et salés. Ils sont considérés comme « absolument contre-indiqués » (P3) et « pas diététiques du tout » (P1). D'ailleurs, deux participantes expriment aussi le fait de vouloir restreindre leur alimentation dans un but de perdre du poids. Ainsi, P6

dit retomber dans les régimes ou les alimentations restrictives, dès que son poids augmente. Une autre participante explique que « malgré tout, je me mets quand même entre guillemets un peu en restriction, parce qu'autrement je n'y arrive jamais [à perdre du poids]! » (P3). De ce fait, il faudrait manger une soupe aux légumes le soir pour faire léger, refuser un verre au souper pour ne pas « rajouter des calories pour rien » (P3), manger des fruits et des légumes ou encore éviter le gras pour perdre du poids.

Par leurs expériences, les participantes se sont néanmoins rendu compte que les régimes amaigrissants ne marchent pas sur le long terme. Ils sont contraignants et ennuyeux, car ils offrent peu de variétés dans l'alimentation et sont compliqués à suivre en société. Ils sont également chers et prennent beaucoup de temps. Les régimes peuvent avoir un fort impact psychologique, comme l'illustre une participante (P6) qui devenait « agressive » et dont l'humeur changeait, ou une autre patiente (P4) qui devenait « dingue », si elle n'avait pas son repas spécial. De même, les régimes indiquent uniquement les aliments à consommer et à éviter, mais n'abordent pas l'aspect psychologique lié à la nourriture. De plus, ils engendrent une perte de repères, comme le démontre P4 « Et puis, quand on recommence à manger normalement, moi je me sentais mal parce que je me disais "est-ce que j'ai trop mangé, estce que ça va tenir ce régime ? " ». D'ailleurs, si les régimes permettent une perte de poids, la reprise pondérale est inévitable. C'est un fait, que quatre participantes ont nommé durant les entretiens, comme le montre l'exemple suivant : « j'arrivais à perdre, oui, 10kg dans un régime, mais je les reprenais droit après. » (P6). Pour une autre participante, un de ses premiers régimes amaigrissants lui a « aussi fait peut-être le déclencheur pour la boulimie » (P2) et elle n'a pas envie de « retomber là-dedans ».

Bien que des restrictions alimentaires soient encore suivies, toutes les participantes ont développé un certain scepticisme face aux régimes amaigrissants et sont d'accord qu'il vaudrait mieux les arrêter : « Alors moi, j'ai décidé de ne pas faire de régimes. Parce qu'à un moment donné, j'ai dit " les régimes, ça ne me convient pas ". Et puis j'ai arrêté de faire ça. » (P5). Une des patientes (P4) a appris, grâce au suivi au CM, que cela ne servait à rien d'éviter certains aliments, que mieux valait manger de tout. Car les restrictions alimentaires peuvent engendrer de la frustration, puis de la compensation alimentaire. Se venger sur la nourriture est un des risques identifiés :

Quand je m'obligeais à ne pas manger certains aliments, c'étaient des choses qui me poursuivaient, donc c'étaient des trucs que j'avais envie de manger, et tout d'un coup je craquais et par exemple, je prends l'histoire de la plaque de chocolat [...], au lieu d'en manger deux carrés, je pouvais manger la plaque. [...]. Parce que quelque part, on va se venger de tout ce qu'on n'a pas mangé ces derniers temps ! (P2)

Donc les participantes ont identifié que la frustration alimentaire augmentait les envies et incitait à aller chercher des aliments plaisirs et à grignoter. Et que lors de ces moments, il existait un risque de perte de contrôle sur les quantités.

En somme, le récit des participantes montre que ces prises de conscience sont essentielles au cheminement vers une AI et facilitent le fait de s'éloigner des régimes amaigrissants. Toutefois, il est intéressant de constater une ambivalence de la part de certaines d'entre elles. Quand bien même elles ont conscience des conséquences néfastes des restrictions alimentaires et du fait que les régimes amaigrissants ne marchent pas sur le long terme, plusieurs d'entre elles peinent à sortir de la mentalité des régimes lorsque les préoccupations de perte pondérale sont importantes. La présence d'ambivalence non-résolue expliquerait la difficulté rencontrée par plusieurs participantes de s'éloigner des régimes amaigrissants. Une des participantes, bien que contre les régimes amaigrissants, se questionne : « Mais comment est-ce qu'il faut que je perde plus, sans de nouveau retomber dans le truc du régime strict ?» (P2). En revanche, selon une autre femme, « c'est encore faisable [de perdre du poids], sans besoin de se priver de tout, et puis toujours tout peser [...]. Je me dis, on peut aussi vivre mieux, sans toutes ces contraintes. » (P4). Et pour P1, les recommandations données par les diététicien ne s du CM sont encore considérées comme des « règles alimentaires » à respecter, tel un régime pour perdre du poids. Malgré tout, la prise en charge au CM peut aussi être considérée comme une alternative aux régimes. En changeant ses habitudes, c'està-dire de plus mastiguer, de prendre son temps en mangeant et de réduire les guantités consommées en étant attentif au processus de rassasiement, il n'y a plus l'impression de se restreindre (P6). Cette participante, étant passée par tous les régimes possibles et imaginables, expérimente ceci pour la première fois.

## Sous-thème 1.2 : Déculpabiliser vis-à-vis de l'alimentation

Parmi les six participantes interviewées, toutes ont expérimenté la culpabilité liée à leur alimentation. Souvent, celle-ci apparaît après avoir consommé des aliments contre-indiqués ou avoir dépassé la satiété. Pour une patiente (P3), cela devient difficile de trouver un juste milieu entre lâcher-prise, ne pas culpabiliser et en même temps se mettre en restriction pour perdre du poids. Elle évoque d'ailleurs à plusieurs reprises, qu'elle se dévalorise constamment par rapport à la nourriture et a de la peine à tenir les restrictions sur le long terme :

Je vais tout le temps me dévaloriser, parce que je vais faire une semaine assez bien attention, en gérant bien mon planning alimentaire et tout, et puis la semaine d'après, je vais lâcher-prise et oublier et me resservir et prendre un truc en sauces et machin, et puis je vais me dévaloriser, parce que je ne me trouve vraiment pas courageuse. (P3)

Une autre participante (P2) raconte un fort sentiment de culpabilité inculqué par son entourage depuis son enfance, en rapport à son surpoids. C'est ainsi, qu'elle a « commencé à [se] réfugier un peu dans la nourriture » et à se mettre dans une « coquille » (P2). Puis, la culpabilité liée à son surpoids l'a incité à s'infliger des restrictions alimentaires pour perdre du poids, induisant les effets indésirables nommés plus haut.

Mais la plupart des participantes sont en train d'apprendre à déculpabiliser depuis leur suivi au CM. Même si c'est un processus difficile, P2 identifie clairement que le fait de « déculpabiliser vis-à-vis de la nourriture » l'a aidé à retrouver et respecter ses sensations alimentaires et à arrêter le grignotage. L'échange avec d'autres patient·e·s lors des cours sur le comportement alimentaire proposés au CM a beaucoup aidé trois des participantes dans le processus de déculpabilisation. Ainsi, une des participantes (P6) affirme ne plus se sentir coupable en mangeant du chocolat et du coup en avoir moins envie, car elle sait qu'elle pourra en manger le lendemain. D'ailleurs, elle ne culpabilise plus si elle n'a pas mangé ses portions quotidiennes de fruits et de légumes. En somme, elle se rend compte qu'elle mange moins qu'avant. Et du fait de s'autoriser la consommation des aliments plaisirs sans culpabiliser, cela devient plus rare d'aller « picorer quelque chose » (P3). Ainsi, la frustration diminue et les envies évoluent également. P2 observe, par exemple, avoir plus envie de fruits aujourd'hui, que des canapés de la boulangerie. De ce fait, s'autoriser de manger tous les aliments sans culpabiliser ferait parti des facilitateurs du processus d'implémentation de l'Al.

## Thème n° 2 : Retrouver les sensations alimentaires

Apprendre à reconnaître et à respecter la faim et se réapproprier la satiété font partie du processus d'implémentation de l'Al. Il ressort des entretiens que les barrières au respect des sensations alimentaires diffèrent selon les femmes. Les principales se trouvent dans les horaires et les obligations familiales, les émotions, la gourmandise et l'influence de l'entourage. Respecter certains critères aux repas ainsi que planifier et anticiper ses repas sont des facilitateurs de la gestion alimentaire.

## Sous-thème 2.1 : Apprendre à reconnaître et respecter la faim

A la question « Qu'est-ce qui vous indique quand c'est le moment de manger? », cinq participantes sur six répondent, que c'est généralement la faim. La faim vient de « l'estomac qui sert, qui fait des gargouilles » (P6). Et si la plupart des participantes ont toujours connu cette sensation, deux d'entre elles l'ont (re-)découverte durant leur suivi au CM. Plusieurs participantes essayent de suivre la faim pour rythmer leur alimentation, comme l'illustre bien P5 « Je ne vais pas manger, parce que c'est le déjeuner. Je vais manger, parce que j'ai faim. Des fois je mange, des fois c'est trois heures de l'après-midi. ».

Il apparaît toutefois, que suivre la faim dans son quotidien n'est pas toujours facile. Plusieurs barrières au respect de la faim ont été nommées. Les deux plus importantes sont les obligations familiales et les horaires à respecter. Il apparaît, que cinq participantes sur six vivent avec leur conjoint et s'occupent encore de leurs enfants ou petits-enfants. Cette cohabitation leur demande de s'adapter aux autres et de mettre leurs propres besoins de côté. Une participante par exemple, bien qu'elle sache reconnaître la faim, n'attend pas vraiment d'avoir faim avant de manger, « parce qu'au fait, il y avait toujours la priorité familiale devant. » (P3). Une autre participante explique aussi ne pas vouloir imposer « des choses qui normalement seraient pour moi, mais pas pour eux [son mari et sa fille] » (P1). Ne pas vouloir prendre les médicaments l'estomac vide, ainsi que le fait de manger par peur de la faim, sont d'autres barrières décrites par certaines des participantes : « des fois le soir, vers 19h, je n'ai pas autrement faim. Mais après j'ai peur, si je ne mange absolument rien, que vers 21h-22h, que j'aie faim et que je doive manger. Et puis là, je mangerais vraiment du cheni » (P1). D'autres facteurs conduisant à manger sans sensation de faim sont la télévision, la recherche d'aliments plaisirs, l'ennui, le fait d'avoir les aliments « sous le nez » (P3), ou encore la croyance qu'il faille manger des fruits entre les repas. Aussi, les émotions peuvent conduire à manger sans faim : « Des fois, c'est la tête aussi qui prend le dessus. Ce n'est pas seulement l'estomac, c'est aussi la tête. » (P4). Ce dernier sujet est approfondi dans le thème n°4 « Gestion émotionnelle par l'alimentation ».

### Sous-thème 2.2 : Se réapproprier la satiété

« Enfin, il y en a qui le font automatiquement, mais pour moi, j'ai dû apprendre à me dire " ouais c'est vrai, il faut que j'arrête" » (P6). A l'instar de cette participante, toutes ont dû apprendre ou sont encore en train d'apprendre à identifier et à respecter la satiété et le processus de rassasiement. Parmi les barrières au ressenti de la satiété, il y a le fait de manger trop vite et de ne pas mastiquer assez. De plus, la satiété est parfois ressentie trop tardivement, lorsqu'elle est déjà dépassée : « Aussi c'est tout le problème, c'est que je ne sens pas la satiété très rapidement. Donc souvent, j'ai déjà dépassé ce stade-là avant d'arrêter. » (P3). Les facilitateurs nommés pour identifier la satiété sont de manger plus lentement, de s'écouter et de ressentir son estomac. Ceci indique l'importance d'être plus attentif au processus de rassasiement.

Mais une fois la satiété ressentie, encore faut-il réussir à la respecter! Pour trois participantes, la gourmandise et les envies sont des barrières au processus de rassasiement. Une femme parle par exemple de contradiction entre la tête et l'estomac: « mon cerveau me dit "stop, t'as assez mangé, tu t'arrêtes " et puis je n'arrive pas à m'arrêter. D'un côté il me dit " stop t'as assez " pis de l'autre côté il me dit " mange encore ". Un petit peu en contradiction. » (P1). Une autre femme (P3) dit ne pas réussir à « dominer » l'envie de se resservir. Elle aura de la peine

à dire « non » lors d'un bon repas dans l'idée de ne pas « rajouter des calories pour rien ». Les émotions, autant positives lors de moments festifs que négatives lors de contrariétés, peuvent aussi pousser à trop manger. L'entourage peut également représenter une barrière au respect de la satiété. Deux participantes évoquent leur identité au sein de la famille ou d'un groupe d'ami·e·s, qui serait difficile à modifier. Une femme explique par exemple que « Ils [ses ami·e·s] ont l'impression que j'aime plus manger chez eux. » si elle ne se ressert pas comme elle le faisait auparavant (P6). Et puis, il y a les incitations à manger lors d'invitations, en insistant pour se resservir une assiette ou à goûter un dessert par exemple, qui conduiraient au dépassement de la satiété.

Les participantes ont identifié plusieurs facilitateurs pour les aider à respecter la satiété. Il s'agit du fait de ne pas vouloir être malade après le repas, d'apprendre à s'arrêter et à laisser la nourriture de côté, de faire de plus petites portions et de ne pas se resservir. Laisser les casseroles sur la cuisinière pour ne pas être tentée de se resservir fait aussi partie des facilitateurs (P1). P5 se crée, par exemple, un environnement agréable pour manger « Je me rappelle aussi, les cours que j'ai suivis à Estavayer, [...] à quel point c'était important de préparer une assiette, d'avoir un set, vraiment de préparer ça. Et quand je mange comme ça, c'est comme si j'étais invitée, comme si je m'invitais moi-même à manger. ».

# Sous-thème 2.3 : Promouvoir la planification et l'anticipation des repas

Attendre d'avoir faim avant un repas n'est pas toujours possible : « c'est probablement toute la difficulté, c'est qu'au fait, ce n'est pas quand c'est qu'il faut manger, c'est quand c'est que l'heure me permet de manger, quoi, le moment de pause, voilà les horaires en fait. » (P3). Cela demande une grande part de flexibilité dans son quotidien, comme le relèvent les participantes qui arrivent à adapter l'heure des repas à leur sensation de faim. D'ailleurs, ce serait plus facile en étant seule : « Si j'étais toute seule, peut-être qu'il n'y aurait pas non plus des obligations avec des horaires, ce serait plus facile. » (P2). Dès lors, la planification et l'anticipation des repas faciliterait la gestion alimentaire. Une bonne planification permet par exemple d'éviter le stress. Parce que sans planification, « c'est la mort » (P3), car s'il n'y a « pas eu le temps de faire des courses comme il faut, [...] là je vais vraiment prendre ce que j'ai comme ça, vite faire un truc qui sera forcément plus calorique ». Pour P5, c'est important de prévoir à l'avance ce qu'elle va cuisiner, sinon elle mangera « un peu n'importe quoi » lorsqu'elle aura faim. Et P1 relève que « d'après les diététiciennes, il faudrait manger vraiment que quand on a faim. Mais ce n'est pas toujours possible ». Mieux vaudrait anticiper en mangeant un petit encas, plutôt que d'attendre d'avoir faim plus tard et risquer de manger du « cheni » comme un paquet de biscuits. La planification permettrait selon une autre participante (P4) de prendre le temps pour les repas, afin de déguster les aliments, d'avoir du plaisir à manger et de mieux ressentir la satiété. D'autre part, la planification sert à se fixer des objectifs et à les respecter. Ainsi, P3 raconte qu'« à la maison, souvent je me ressers. Alors il me faut vraiment déjà avoir le temps de planifier dans ma tête, que je ne vais pas aller me resservir » dans le but de ne pas dépasser la satiété.

# Thème n° 3 : Faire des choix alimentaires sains pour son corps

Une tendance à une alimentation saine et équilibrée ressort des entretiens. Le plaisir gustatif et la confiance en son corps facilitent les choix alimentaires sains pour son corps.

### Sous-thème 3.1 : Tendance à une alimentation saine et équilibrée

A la question « Qu'est ce qui est important pour vous dans vos choix alimentaires? », une tendance à une alimentation saine et équilibrée ressort des entretiens. C'est-à-dire, que plusieurs femmes mettent l'accent sur l'équilibre alimentaire. En même temps, il est important de suivre les saisons, de manger moins de viande, de faire attention aux matières grasses, de faire attention à la provenance des aliments en privilégiant les magasins de la ferme et des produits locaux, de choisir des produits frais et d'éviter les plats précuisinés. « Des produits frais d'ici, je ne veux pas acheter quelque chose qui vient d'Afrique du Sud, pour moi ça ne joue pas. Donc quelque chose d'ici, parce que la terre elle est ici, les légumes poussent ici, je pense c'est beaucoup pour moi. » (P5). Une des participantes (P2), ancienne agricultrice et maraîchère, porte une attention toute particulière à l'agriculture bio ou semi-bio, ainsi qu'à l'éviction des pesticides. Plusieurs participantes insistent également sur l'importance de consommer régulièrement des légumes.

# Sous-thème 3.2 : Importance du plaisir gustatif

« Le plaisir de manger quelque chose de bon et de sain. Moi, c'est ça qui est important » (P2). Cet aspect, également de faire plaisir à ses convives avec un bon repas, semble être important pour plusieurs participantes. Aussi, déguster ce qu'on mange peut apporter du plaisir gustatif. Une des participantes (P6) dit être en train d'apprendre à le faire, même si ce n'est pas encore évident pour elle.

## Sous-thème 3.3 : Faire confiance à son corps

Une des participantes (P5) dit avoir commencé à plus écouter son corps, ce qui l'aide à faire des choix alimentaires qui lui conviennent mieux. Elle a donc appris à lui faire confiance :

Quand j'ai faim, il faut que je mange. Je n'ai pas envie de manger quelque chose de sucré. J'ai envie de manger un repas, ça veut dire quelque chose de chaud, ou même des fois, je fais une salade avec des œufs, avec des canneberges et je mets des choses à l'intérieur, j'ai envie de ça. (P5)

Elle cherche d'ailleurs l'harmonie dans ce qu'elle mange, pour que ça convienne à son corps. Une autre patiente (P2) s'offrira un petit bout de chocolat ou une pomme si elle en a envie. Les quantités sont ainsi mieux gérées. Tant que cela n'est pas vu comme une contrainte, faire des choix alimentaires pour son corps et sa santé semble donc être une dimension qui soutienne l'Al, et ce plus particulièrement pour P2 et P5.

# Thème n° 4 : Gestion émotionnelle par l'alimentation

Les émotions peuvent venir perturber le respect des sensations alimentaires et ainsi faire office de barrière au processus d'implémentation de l'Al. Plusieurs déclencheurs de l'alimentation émotionnelle ont été nommés, tels que le besoin de se remplir pour inhiber les émotions, les contrariétés, un moral bas ou un moment de bien-être. Des facilitateurs pour diminuer l'alimentation émotionnelle sont d'entamer un travail psychologique, d'accueillir les émotions et de s'en occuper, de s'adonner à des activités agréables, d'appréhender les choses différemment et de s'affirmer vis-à-vis des autres.

#### Sous-thème 4.1 : Déclencheurs de l'alimentation émotionnelle

L'alimentation émotionnelle se retrouve souvent sous la forme de grignotages. Pour P3 par exemple, il s'agit de « *la grosse crise [de] deux fois par année* », où elle ferait des excès avec des produits sucrés entre les repas. Pour P6 en revanche, il s'agirait plutôt de la consommation de plus grandes quantités lors d'un bon repas, associée à un moment de bien-être. Une autre participante a toujours été confrontée à l'alimentation émotionnelle « *Et je mange aussi, des fois, par rapport aux émotions. Pour moi, les émotions, ça prend beaucoup de place dans ma vie. Et par rapport aux émotions, je mange un peu n'importe quoi.* » (P5).

Un des déclencheurs de l'alimentation émotionnelle identifié est le besoin de se remplir pour inhiber les émotions : « pour moi, j'ai toujours dit, c'est le facteur de me remplir. [...]. Parce que le fait de me remplir, ça voulait dire je gardais les émotions en bas. J'avais de la nourriture et ça me remplissait. » (P5). P2 parle plutôt du besoin de se réfugier dans la nourriture, lié à des événements difficiles, qu'elle a vécus tout au long de sa vie. Les contrariétés ont également été identifiées comme facteur déclencheur d'alimentation émotionnelle chez trois femmes : « puis des fois quand je suis, pas vexée, comment dire, énervée, j'aurais tendance aussi un peu à manger » (P1). Un moral bas ou au contraire un moment de bien-être, lors d'un bon repas, peuvent déclencher l'alimentation émotionnelle. La fatigue vient rendre le tout plus difficile à gérer, « c'est un peu la chute libre » (P5). Autrement, les frustrations alimentaires peuvent être déclencheurs d'alimentation émotionnelle aussi.

### Sous-thème 4.2 : Facilitateurs de la diminution de l'alimentation émotionnelle

Durant les entretiens, trois participantes ont dit avoir diminué leur alimentation émotionnelle grâce à un travail psychologique, ayant débuté au CM ou plus tôt déjà. Une des participantes, en prise à de fortes fluctuations émotionnelles, explique à quel point le suivi psychologique l'a aidée : « Alors ça m'a aidé le fait de parler, de sortir des choses que j'avais en moi, dont on ne parle pas. C'est le fait d'avoir été voir la psychologue qui a fait énormément. » (P4). Elle remarque en revanche, que le problème n'est pas encore réglé. Une autre participante dit avoir dû « poser pas mal de choses au niveau psychologique, pour pouvoir arriver à ça [diminuer son alimentation émotionnelle]. » (P2). Elle remarque même avoir perdu des kilos sans « se prendre la tête », simplement en « lâchant [les] émotions » (P2) suite au suivi au CM. Elle se dit très contente de son alimentation aujourd'hui. Une troisième participante a appris à accueillir et à s'occuper de ses émotions.

Mais de toute façon mes émotions, il faut que je m'en occupe. Parce que toujours, en mettant dans la nourriture, ça ne va pas. [...] si j'accueille l'émotion, disons "ok, c'est là ", alors autant j'ai envie de manger et puis quand j'accueille l'émotion, pour moi ça va mieux. (P5)

Pour elle, être bien dans sa tête, c'est déjà beaucoup par rapport à la gestion des émotions. Une autre femme (P3) décrit avoir voulu « [mettre] le corps et l'esprit en diapason » à l'aide d'un suivi psychologique, à la suite d'une période difficile qu'elle venait de traverser. Il apparaît toutefois, qu'elle peine encore, aujourd'hui, à maîtriser son alimentation lors de contrariétés ou de frustrations alimentaires.

D'autres facilitateurs ont été nommés pour faire face à l'alimentation émotionnelle, comme s'adonner à des activités agréables (écouter de la musique, écrire, faire du patchwork). Un autre facilitateur consiste à appréhender les choses différemment et à prendre du recul, en analysant les situations chargées en émotions et en se disant par exemple « qu'est-ce que ça change ? » ou « c'est leur problème » (P5). S'entourer d'ami·e·s sur qui compter est également important (P2). Finalement, apprendre à dire stop et s'affirmer vis-à-vis des autres peut aider : « De plus, moi toujours m'adapter aux autres... mais finalement ils peuvent aussi de temps en temps s'adapter à moi ! » (P2). Ceci touche au développement personnel, qui est abordé dans le thème n°6 « Développer l'acceptation de soi ».

## Thème n° 5 : Apprendre à aimer son corps

Une mauvaise appréciation corporelle marquée par d'importantes préoccupations pondérales représente une barrière au processus d'implémentation de l'Al. Dès lors, apprendre à aimer son corps est une étape importante de ce processus. Apprendre à accepter son corps tel qu'il est en entamant un travail sur les objectifs et attentes de perte de poids et prendre soin de son

corps, en pratiquant une activité physique pour le bien-être et non la perte de poids, facilitent cette étape. Faire évoluer les préoccupations d'image corporelle vers des aspects de santé augmenterait l'acceptation de l'approche de l'Al.

### Sous-thème 5.1 : Apprendre à accepter son corps tel qu'il est

Lorsqu'elles ont été invitées à discuter sur l'appréciation de leur apparence physique, cinq des six femmes interviewées ont donné une description plutôt négative de leur corps. P1 ne se sent pas bien dans sa peau et son image ne lui plaît pas. Elle dit « Je ne sais pas si vous avez déjà eu une fois une mauvaise image de vous, c'est très pénible, parce qu'à chaque fois qu'on se voit dans une glace, on se dit "ohlala tu deviens moche, tu deviens vieille" ». P3 ne s'aime pas comme elle est et plusieurs endroits de son corps la dérangent beaucoup. Pour P4, l'appréciation corporelle est changeante d'un jour à l'autre, cela dépend de son moral. P5 explique, que « il y a des fois je m'aime comme je suis et puis d'autres fois, je suis fâchée, parce que ça ne va pas comme je veux. ». Elle rajoute « J'aime beaucoup être agréable, j'aime beaucoup la beauté. Il faut que je sois belle, comme je suis. ». Et P6 n'a pas une apparence physique qui lui plaise.

Les participantes ont nommé des facteurs pouvant influencer leur appréciation corporelle. L'excès de poids est ainsi nommé par plusieurs femmes comme influençant négativement leur appréciation corporelle. P3 exprime par exemple qu' « avec le poids, j'ai l'impression que je ne suis plus une si jolie femme ». Deux autres participantes se sont toujours senties grosses. Elles ont également des propos dénigrants sur leur propre corps, tels que « je me vois dans une glace, je me dis " mais mon dieu, mais tu deviens épaisse, tu deviens... " ouais y a des bourrelets » (P1); « t'as un gros cul » (P1); « je me suis vue dans une vitrine « mon dieu quelle horreur, je suis énorme! » (P6). Également, l'habillement et l'esthétique ont été identifiés comme d'importants déterminants. Pour P3, bien qu'elle ne s'aime pas comme elle est, « le fait d'être quand même toujours bien mise, maquillée, bien apprêtée » l'aide beaucoup. P4 explique par contre, avoir de la peine à s'habiller et se sentir mal à l'aise, car « peu importe la taille qu'on prend, on dirait qu'ils [les habits] sont tous trop petits ». Mais depuis qu'elle s'est rendue compte que les tailles étaient des chiffres subjectifs, elle n'y fait plus attention et essaye les habits sans regarder la taille indiquée. « Parce que, si même qu'on le met après ça sert, on n'est pas à l'aise, on n'est pas bien, alors autant prendre même un 42, mais que je sois bien dedans, que je me sente à l'aise. ». Cela ne la démoralise plus, de ne pas réussir à rentrer dans une taille spécifique. Elle se rend également souvent chez la coiffeuse et l'esthéticienne pour des soins du visage, des pieds et d'épilation. Pour P6, trouver des vêtements n'est pas facile. Il y a de jolis habits pour les personnes minces, mais pas pour elle. Et lorsqu'elle essaye des jolis habits, de toute façon ça ne lui va pas. Elle dit « couper les étiquettes pour ne pas pouvoir voir la taille ». Beaucoup de femmes entreprennent aussi des interventions d'amélioration de leur apparence physique. En plus de l'habillement et des soins esthétiques nommés plus haut, quelques exemples peuvent être cités, comme le fait de mettre des bijoux, d'aller chez le dermatologue pour enlever des imperfections de la peau ou encore faire du sport pour se sentir plus tonique.

Ces extraits montrent que, si la majorité des femmes interviewées sont insatisfaites de leur apparence physique, elles arrivent, ou du moins tentent, d'accepter leur corps tel qu'il est. Une des participantes le reflète très bien : « Alors moi, je ne m'aime pas comme je suis, c'est sûr. Maintenant, je ne suis pas aussi dure que ça sur moi. C'est difficile par moments, dans le quotidien, je crois que je m'accepte assez bien comme je suis » (P3). Aussi, apprendre à accepter son corps tel qu'il est, passe par l'acceptation de son poids corporel. Ainsi, P2 est très réaliste et pense qu'elle ne redeviendra jamais mince, que ce n'est pas possible. Cela lui a permis de lâcher-prise sur son poids et de se faire une raison. P1 pense, qu'elle pèse beaucoup trop pour sa taille. Mais finalement, si elle arrive à stabiliser son poids, c'est le principal. Et si elle n'arrive pas à perdre, « ben ma fois tant pis quoi ». Pourtant, leur discours sur l'acceptation de leur poids est nuancé par des attentes de perte de poids qui restent tout de même élevées, ce qui reflète une certaine ambivalence. Une participante (P3) souhaitait perdre environs 15kg sur une période de 10 mois, afin de retrouver son poids idéal. N'ayant perdu « que » 5kg en 6 mois, elle se rend bien compte devoir baisser ses exigences. Une autre participante (P6) souhaite perdre 40kg grâce à un bypass. Car perdre 10 à 15kg sur une longue période, en faisant attention à son alimentation, ne lui suffirait pas pour des raisons de santé et d'esthétique. Ces exemples montrent donc l'importance de faire un travail sur les attentes et objectifs de perte de poids des patientes pour les aider à résoudre leur ambivalence et à accepter leur morphologie. Cela est d'autant plus important que la prise de poids devient une vraie crainte pour deux participantes : « j'ai vraiment les boules quoi. Mais les boules qui me font perdre pieds. » (P3). Une prise de poids les amène à culpabiliser, à se démoraliser et même à se dévaloriser. Si certaines des patientes arrivent à prendre du recul en cherchant à en comprendre la cause, d'autres ont de la peine à reprendre les efforts. Une participante (P1) dit avoir compensé avec de la nourriture lors de la dernière prise de deux kilos, par contrariété. Au contraire, une participante va se mettre en restriction alimentaire : « aujourd'hui il faut que j'évite ça, que je mange moins » (P4). D'autre part, un poids qui diminue peut motiver à continuer les efforts et provoquer un sentiment de contentement. Bien que cela n'ait pas été directement identifié par les participantes, ces exemples montrent encore une fois la difficulté de certaines d'entre elles de s'éloigner des régimes amaigrissants lors de préoccupations pondérales importantes. L'insatisfaction corporelle marquée par des préoccupations pondérales excessives représenteraient donc une barrière à l'implémentation de l'Al.

D'ailleurs, si toutes les participantes ont émis le souhait de perdre du poids, c'est que celui-ci les préoccupe pour différentes raisons. Comme déjà mentionné, l'apparence physique fait partie de ces préoccupations. Ainsi, plusieurs femmes aimeraient perdre du poids pour améliorer leur image corporelle, pour retrouver une taille d'habits normale par exemple, ou encore pour avoir une meilleure image auprès du conjoint. Chercher à plaire, vouloir avoir une apparence plaisante et séduisante sont des aspects importants ayant été mentionnés. Une participante (P6) évoque le fait de pouvoir sortir de chez elle sans avoir l'impression qu'on la regarde à cause de son surpoids. L'importance portée au regard des autres influencerait donc les préoccupations d'image corporelle. Si deux femmes interviewées arrivent à se « moquer du regard des autres » (P5) et à ne pas se préoccuper de leur image par rapport aux autres (P2), cela est plus compliqué pour les autres femmes. La peur des critiques fait partie de ces difficultés, à l'instar de P1 qui aurait « horreur qu'on se dise "ouais celle-là, la grosse [...], t'as vu dans quel état elle est! " ». Elle a d'ailleurs trop souvent observé des gens, en ville, regarder les personnes obèses d'un mauvais œil. Comme elle n'est déjà pas bien dans sa peau, cela la rendrait encore plus mal à l'aise. Une autre femme (P3) raconte avoir observé le regard des autres sur elle après avoir recommencé à prendre du poids. Bien qu'ils n'aient rien dit, elle s'est bien imaginé leurs critiques. Trois des participantes expriment également une certaine nostalgie d'un poids inférieur, avec lequel elles se sentaient bien dans leur peau, ce qui les motiverait à vouloir perdre du poids. Une femme (P6) s'inquiète également d'un environnement non adapté aux personnes obèses, craignant, par exemple, de s'assoir dans un siège trop étroit ou qui ne tiendrait pas son poids.

### Sous-thème 5.2 : Prendre soin de son corps

Une des participantes explique avoir vécu une période, où elle ne pouvait pas se voir : « Où vous évitez de vous regarder et puis vous prenez même plus soin de votre corps, mettre un peu de crème parce que vous avez la peau sèche, vous vous en fichez parce que de toute façon bof. » (P2). Et puis, finalement elle s'est dit que « c'est comme ça la vie » et qu'il faut en prendre soin de son corps. Elle a appris à s'occuper un peu plus d'elle. Masser son corps, mettre de la crème, se relaxer sont des moyens de s'occuper de soi. L'esthétique corporelle, comme aller chez la coiffeuse ou l'esthéticienne est un moyen de booster le moral selon P4. Faire de l'activité physique a été nommé par trois participantes comme moyen de prendre soin de leur corps. Cela permet de se sentir plus tonique et de garder la mobilité, à l'instar de P3 qui se sent plus confortable, si elle fait du sport. Le sport aide même P1 à se motiver à gérer son alimentation. De plus, l'activité physique permet d'atteindre un certain bien-être physique et mental pour P4. Le fait de prendre soin de son corps permettrait donc de faciliter l'acceptation de son corps.

# Sous-thème 5.3 : Évolution des préoccupations d'image corporelle vers des aspects de la santé

Il est intéressant de relever la tendance d'une évolution des préoccupations d'image corporelle vers des aspects de santé, observée au travers des entretiens. Un exemple illustrant ceci est le suivant :

Bon, alors j'ai quand même commencé un travail là-dessus, même si vraiment je ne m'en sors pas je trouve, mais j'ai quand même commencé un travail là-dessus par l'aspect de la santé, malgré tout. [...]. L'aspect santé, c'était la décision de me dire " là, non, je ne vais pas rentrer dans une case [d'obésité] où j'aurai des problèmes de santé!". (P3)

Pour une autre participante (P4), si à l'époque elle se préoccupait surtout de son apparence physique, aujourd'hui, ses démarches sont principalement motivées par les problèmes de santé liés à son poids. D'ailleurs, les préoccupations pour la santé ont augmenté avec l'âge, comme l'illustre cet exemple :

Après, il y a le fait de la santé. Donc, en étant plus jeune, je n'avais pas trop de problèmes avec ça. [...]. Et je pense peut-être que si je n'avais pas grossi, je n'aurais peut-être pas eu ces problèmes, je ne sais pas. Mais là, je suis à la limite pour le diabète, j'ai quand même la tension qui est trop haute. (P6)

Donc l'aspect de la santé a pris de l'importance pour la majorité des patientes. Pour deux d'entre elles, c'est le fait d'être rentrées dans la catégorie obésité, avec le risque de développer des comorbidités comme le diabète, qui fut le déclencheur des démarches entreprises au CM. La difficulté à marcher, la perte d'agilité et les douleurs articulaires sont d'autres préoccupations. Plusieurs participantes expriment leur motivation à perdre du poids pour leurs genoux, pour améliorer leur côté alerte et énergie, et pour retrouver une meilleure respiration et plus d'agilité. Il apparaît au travers des entretiens que cette évolution les aurait encouragées à prendre soin de leur corps et d'une certaine manière à aimer leur corps. Ceci aurait facilité l'acceptation de l'approche de l'Al.

# Thème n° 6 : Développer l'acceptation de soi

Les entretiens ont mis en évidence plusieurs aspects touchant au développement de l'acceptation de soi. Il s'agit d'apprendre à se respecter soi-même grâce à des démarches de développement personnel. Celles-ci permettraient de se détacher des normes socioculturelles de beauté et de minceur et d'apprendre à vivre dans un monde stigmatisant pour les personnes en surcharge pondérale. Ces aspects ont facilité, pour certaines participantes, le processus d'implémentation de l'Al.

# Sous-thème 6.1 : Développement personnel

L'acceptation de soi a été nommée par une des participantes, qui « pense que les gens, c'est plus leur âme, leurs attitudes, leur façon d'être qui fait la personne, ce n'est pas seulement physique » (P2). Le fait de se retrouver avec des gens sans aucun jugement sur l'apparence physique l'a aidée à s'accepter. Elle pense d'ailleurs que les personnes « rondes » ont les mêmes capacités que les autres, ça va donc au-delà de l'apparence physique, et que « finalement tout le monde a le droit d'être sur cette terre ». L'acceptation de soi peut également passer par l'amour de soi :

Mais je pense aussi, que pour moi avant, je ne m'aimais pas assez, c'est ça. Pour moi, je pense que l'amour c'est super important. Le fait que j'apprenne à m'aimer moi, ça va mieux. Mais avant, je faisais n'importe quoi, parce que je n'étais pas là. C'est un peu ça. J'ai aussi appris à m'aimer. C'est super important. Quand je m'aime, je m'occupe de moi. (P5)

Apprendre à s'écouter fait également partie du développement personnel : « il faut que j'apprenne à m'écouter moi et pas les autres. Ça, c'est pour moi, c'est nouveau. » (P5). D'ailleurs, le suivi au CM l'a aidée à reprendre confiance en elle.

L'affirmation de soi est un apprentissage vécu par la majorité des participantes. Ainsi, cela a permis à certaines d'entre elles de s'exprimer, d'avoir leur mot à dire et de ne pas toujours dire « oui » pour ne pas créer de problèmes (P4). Ou justement d'apprendre à dire « non », « voilà, c'est moi, si je n'ai pas envie, je n'ai pas envie, ça s'arrête-là, c'est tout » (P6). Ou encore à se protéger des remarques des autres en faisant abstraction ou en se disant « c'est leurs idées, voilà, qu'elles restent de côté » (P2). D'ailleurs une autre femme ne va pas se laisser influencer par le jugement des autres « Parce que les autres font comme ça va pour eux, et moi je fais comme ça va pour moi. » (P5). L'affirmation de soi serait de ce fait un facilitateur d'une meilleure gestion émotionnelle, du respect des sensations alimentaires ou encore de l'acceptation de son apparence physique.

# Sous-thème 6.2 : Se détacher des normes socioculturelles de beauté et de minceur

Les normes socioculturelles de beauté et de minceur sont omniprésentes et cela s'est ressenti au travers des entretiens. Un exemple amené par une participante est le milieu de la mode. Avec ces idéaux de beauté et de minceur, il peut fortement impacter la perception du corps des femmes. Cette participante, qui y est confrontée tous les jours par son métier, raconte entendre de la part de ses clientes « qu'elles ont trop de ventre, trop de fesses, trop de seins, trop de hanches, trop d'épaules [...]. Et bien qu'elles soient absolument fantastiquement belles et bien équilibrées et tout, elles ne se trouvent pas bien. Et c'est féminin, ça aussi... » (P3). Elle rajoute qu'« en fait ma tête, elle est tout le temps dans les histoires de silhouettes, tout le

temps », ce qui agit beaucoup sur son fonctionnement et renforce son propre désir de perte de poids. Et pour elle, la seule manière d'y arriver est de se mettre en restriction alimentaire. Cela reflète son ambivalence avec d'un côté sa critique face à ces normes socioculturelles de beauté et de minceur et en même temps sa difficulté à s'en détacher malgré tout.

Donc globalement, le souhait de réduire son poids pour des raisons d'image corporelle, pour répondre ainsi aux normes sociétales de minceur, activerait le suivi de régime amaigrissant et représenterait ainsi une barrière au processus d'implémentation de l'Al. Une solution évoquée par une participante serait, par exemple, d'améliorer « l'image des ronds » dans la société, « ça peut être aussi quelque chose qui peut aider » (P2), même si « il y a encore beaucoup de travail à faire ». Car les gens jugent sur l'apparence. Elle rajoute que « La rondeur, c'est aussi la douceur. ». Selon elle, il faudrait déculpabiliser les personnes rondes vis-à-vis de leur image, travail qui est entrepris par les thérapeutes du CM. Il se trouve néanmoins, que ce n'est pas facile à appliquer pour beaucoup de femmes, à l'instar de P1, qui sait bien qu'il ne faudrait pas culpabiliser, mais que c'est difficile, « parce qu'on sait qu'on fait tout faux. » (P1). Se détacher des normes socioculturelles de beauté et de minceur passerait par un travail sur les attentes et objectifs de perte de poids, comme cela est mentionné dans le thème n°5 « Apprendre à aimer son corps ».

# Sous-thème 6.3 : Vivre dans un monde stigmatisant pour les personnes en surcharge pondérale

Notre société n'est pas toujours accueillante envers les personnes en surpoids ou souffrant d'obésité. Lors de recherche d'emploi par exemple, en mettant une photo, « vous êtes sur le dessous de la pile, vous n'êtes pas dessus. Parce qu'on vous juge à votre apparence » (P2). Une autre patiente explique, « qu'on me voit au travers de ça [son poids], en fait, que pour moi, c'est comme si je considérais qu'on me voit plus avec les qualités que j'ai, avec les compétences que j'ai, mais qu'on me voit plutôt avec un surpoids, et puis que c'est la première chose qui vient devant le reste, et ça alors, ça me dérange beaucoup. » (P3). P2 parle également de grossophobie, lorsque les gens pensent que « de toute façon, la personne est grosse, parce qu'elle fait que de manger ». Le surpoids et l'obésité résulteraient donc de la responsabilité individuelle, stéréotype que P2 dément. Elle a aussi appris à se protéger du regard jugeant porté sur elle en s'imaginant la présence d'un écran, comme si « on ne voit pas mon apparence ». Elle observe également que certaines « personnes rondes » se mettent d'office à l'écart, comme si elles voulaient être transparentes ou disparaître. Elle trouve cela dommage, car « on trouvera tout le temps quelqu'un qui nous en fera [des remarques] ». Pour elle, il faut apprendre à faire abstraction et à s'affirmer. De manière globale, apprendre à vivre dans un monde stigmatisant pour les personnes en surcharge pondérale est autant important que de développer l'acceptation de soi et de se détacher des normes socioculturelles de beauté et de minceur, afin de diminuer les barrières au processus d'implémentation de l'Al.

# 5.3 Représentation visuelle des thèmes et sous-thèmes

Dans le *tableau* 3 sont représentés les six thèmes résultants de l'analyse thématique, constitués du regroupement de sous-thèmes énumérés également ci-dessus. Ces thèmes ont été structurés selon les trois axes du GROS (Sweerts et al., 2020) et mis en lien avec les dix principes de l'Al de Tribole et Resch (2012). Il faut relever, que l'axe de la restriction cognitive et l'axe émotionnel du GROS convergent avec sept des dix principes de Tribole et Resch. Le troisième axe du GROS de l'acceptation de soi correspond aux principes n° 8 et 9 de Tribole et Resch, mis en lien par le thème n°5 « *Apprendre à aimer son corps* » de cette étude. C'est effectivement principalement dans ce thème qu'est mis en évidence l'impact de l'image corporelle sur l'implémentation de l'Al. En revanche, pour le thème n°6 « *Développer l'acceptation de soi* », aucun des dix principes de Tribole et Resch ne correspond. C'est un aspect principalement présent dans l'approche du GROS.

Tableau 3

Représentation visuelle des thèmes et sous-thèmes, mis en lien avec les trois axes du GROS (Sweerts et al., 2020) et les dix principes de l'Al selon Tribole et Resch (2012).

Axes du GROS	Thèmes	Sous-thèmes	Dix principes de Tribole et Resch
1º axe Restriction cognitive	S'éloigner des régimes amaigrissants	1.1 Arrêter les régimes et les restrictions alimentaires	Principe 1 : Rejeter la mentalité des régimes amaigrissants
			Principe 4 : Vaincre la restriction cognitive
		1.2 Déculpabiliser vis-à-vis de l'alimentation	Principe 3 : Faire la paix avec son alimentation
			Principe 4 : Vaincre la restriction cognitive
	2. Retrouver les sensations alimentaires	2.1 Apprendre à reconnaître et respecter la faim	Principe 2 : Honorer sa faim physiologique
		2.2 Se réapproprier la satiété	Principe 5 : Ressentir sa satiété
		2.3 Promouvoir la planification et l'anticipation des repas	Principe 2 : Honorer sa faim physiologique
			Principe 5 : Ressentir sa satiété
	3. Faire des choix alimentaires sains pour son corps	3.1 Tendance à une alimentation saine et équilibrée	Principe 10 : Honorer sa santé par une alimentation bienveillante
		3.2 Importance du plaisir gustatif	Principe 6 : Découvrir le facteur de satisfaction alimentaire

		3.3 Faire confiance à son corps	Principe 10 : Honorer sa santé par une alimentation bienveillante
2 <sup>e</sup> axe Gestion émotionnelle	4. Gestion émotionnelle par l'alimentation	4.1 Déclencheurs de l'alimentation émotionnelle	Principe 7 : Gérer ses émotions sans recourir à l'alimentation
		4.2 Facilitateurs de la diminution de l'alimentation émotionnelle	Principe 7 : Gérer ses émotions sans recourir à l'alimentation
3 <sup>e</sup> axe	5. Apprendre à aimer son corps	5.1 Apprendre à accepter son corps tel qu'il est	Principe 8 : Respecter son corps
Acceptation de soi		5.2 Prendre soin de son corps	Principe 8 : Respecter son corps Principe 9 : Faire de l'activité physique et sentir la différence
		5.3 Évolution des préoccupations d'image corporelle vers des aspects de santé	Principe 8 : Respecter son corps
	6. Développer l'acceptation de soi	6.1 Développement personnel	Aucun principe mis en lien
		6.2 Se détacher des normes socioculturelles de beauté et de minceur	Aucun principe mies en lien
		6.3 Vivre dans un monde stigmatisant pour les personnes en surcharge pondérale	Aucun principe mis en lien

# 6 Discussion

Ce travail de Master a permis d'explorer comment des femmes post-ménopausées et en surcharge pondérale, consultant le CM du HIB, implémentent l'Al dans leur quotidien. Six thèmes ont été développés, englobant des aspects nécessaires au processus d'implémentation de l'Al tels que relevés par les participantes. Chaque thème identifie plus spécifiquement les barrières et facilitateurs du processus d'implémentation de l'AI, en tenant compte de l'influence de l'image corporelle de ces femmes. Ces thèmes ont été mis en lien avec l'approche triaxiale du GROS (Sweerts et al., 2020) et les dix principes de l'Al de Tribole et Resch (2012), comme ceci est représenté dans le tableau 3 au chapitre 5.3. Les entretiens ont mis en évidence la diversité des parcours suivis par les six participantes au sein du CM du HIB. En effet, la durée de leur suivi va de quelques mois à plusieurs années. Si toutes disposent d'un suivi diététique, cinq patientes sur six ont bénéficié d'un suivi psychologique et quatre sur six femmes d'un suivi en activité physique adaptée. Cinq participantes se trouvent dans un parcours conservateur et une patiente dans un parcours chirurgical. Cette hétérogénéité ainsi que des histoires de vie différentes, empreintes notamment de maladie et d'événements difficiles, expliquent la diversité des expériences vécues autour du processus d'implémentation de l'Al. Il s'est avéré que certaines d'entre elles ont plus de facilité que d'autres à mettre en place et à respecter les principes de l'Al.

# 6.1 Discussion des résultats en regard de la littérature scientifique

# Thème n°1 : S'éloigner des régimes amaigrissants

Ce premier thème met en évidence l'importance de s'éloigner des régimes amaigrissants pour entamer le processus d'implémentation de l'Al. Les participantes ont effectivement pris conscience de l'importance d'arrêter les régimes et les restrictions alimentaires (sous-thème 1.1), qu'elles ont vécus comme sources de culpabilité, frustrations et compensations alimentaires avec reprise pondérale à la clef. Ceux-ci représentent de ce fait des barrières au processus d'implémentation de l'Al. Leurs discours montrent également le développement de scepticisme face aux régimes amaigrissants, à la suite de leurs expériences négatives. Ceci semble leur avoir facilité l'acceptation de l'approche anti-régimes de l'Al, telle que proposée au CM du HIB. Toutefois, il est intéressant de relever la présence d'ambivalence chez certaines d'entre elles. Quand bien même elles ont vécu des conséquences indésirables des régimes amaigrissants, elles peinent à s'en éloigner et tentent tout de même de restreindre leur alimentation dans l'idée de perdre du poids. Or, cette intention réussie ou non de se restreindre pour perdre du poids peut être associée à un état de restriction cognitive, caractérisé par une alternance entre phases de restrictions et de désinhibitions alimentaires

(Polivy et al., 2020). Dans ce contexte, les sensations physiologiques de faim et de satiété risquent d'être délaissées (Polivy et al., 2020). De plus, les phases de désinhibitions alimentaires sont généralement accompagnées d'un sentiment de culpabilité qui peut renforcer encore les intentions de restrictions alimentaires, menant à un cercle vicieux (de Witt Huberts et al., 2013). Bien que ce cercle vicieux n'ait pas été explicitement mentionné par les participantes, il semblerait bien que l'état de restriction cognitive affecte celles d'entre elles montrant de fortes préoccupations pondérales. Or, la restriction cognitive renforcerait l'ambivalence de certaines participantes qui, tant qu'elle reste non-résolue, expliquerait leurs difficultés de s'éloigner des régimes amaigrissants.

L'ambivalence observée chez plusieurs participantes résulte probablement de différentes choses. Elles ont toutes suivi des régimes amaigrissants sous l'influence des pressions socioculturelles de beauté et de minceur d'un côté (Carrard et al., 2020; van den Berg et al., 2002) et les recommandations des professionnels de santé de perdre du poids pour la santé d'un autre côté (Semlitsch et al., 2019). En même temps, elles découvrent au CM du HIB l'approche anti-régimes de l'Al, qui prône au contraire un changement du comportement alimentaire pour le bien-être général et l'amélioration de la santé physique et mentale. Si la perte de poids est possible dans cette démarche, elle devrait cependant rester un objectif secondaire (Tribole & Resch, 2012). Et dans cette approche, le premier principe proposé et indispensable pour la suite du processus d'implémentation de l'AI, consiste justement à « Rejeter la mentalité des régimes amaigrissants » (Tribole & Resch, 2012, p. 40-58) car l'espoir de trouver un nouveau et meilleur régime amaigrissant risque de renforcer le contrôle mental de son alimentation, au détriment des sensations alimentaires. Les diététiciennes Tribole et Resch (2012) proposent également dans leur troisième et quatrième principe, de « Faire la paix avec son alimentation » (p. 74-93) et de « Vaincre la restriction cognitive » (p. 94-120). Il s'agit là de se donner la permission inconditionnelle de manger sans culpabiliser et d'éviter les privations et les règles alimentaires typiques des régimes amaigrissants. Il semblerait pourtant que ces trois principes soient particulièrement difficiles à implémenter par les participantes montrant d'importantes préoccupations pondérales, constat qui a également été relevé par une étude qualitative néo-zélandaise (Barraclough et al., 2019) sur les barrières et facilitateurs du processus d'implémentation de l'Al auprès de 11 femmes. Les auteures observent effectivement que la présence de préoccupations pondérales et de mentalité des régimes fait office de barrières au fait de se donner la permission inconditionnelle de manger. Elles relèvent de ce fait l'importance d'évaluer les préoccupations pondérales et la volonté des femmes de s'éloigner de la mentalité des régimes au début du suivi, afin de leur apporter un soutien plus personnalisé dans l'implémentation de l'Al (Barraclough et al., 2019).

Cette ambivalence est également relevée par une des participantes se montrant très critique envers les régimes restrictifs, mais n'ayant d'autres choix que de perdre du poids à cause de son diabète et de douleurs articulaires. Cette patiente, avec IMC de 52kg/m<sup>2</sup>, se questionne : comment perdre plus de poids sans retomber dans les régimes alimentaires strictes et leurs conséquences néfastes ? Cette tension est sujette à débat dans le monde médical. En effet, pour perdre du poids il faut un déficit calorique par rapport à ses dépenses énergétiques (Hill et al., 2012). Mais les restrictions alimentaires permettant ce déficit calorique sont souvent associées à un état de restriction cognitive (Polivy et al., 2020). Or, selon une revue de littérature, les études mesurant la restriction alimentaire semblent saisir l'effort cognitif de limiter les apports caloriques, ce qui se traduit souvent par la perception de privation conduisant à de la désinhibition alimentaire (Schaumberg et al., 2016). Toutefois, elles n'induiraient pas dans tous les cas des comportements alimentaires pathologiques. Il s'agirait plutôt de considérer dans quelles circonstances et selon quelles perspectives ces restrictions caloriques sont suivies (Schaumberg et al., 2016). L'expérience des participantes à cette étude montre que les restrictions alimentaires motivées par le désir de bien-être et d'amélioration de leur santé ne sont pas considérées comme des contraintes menant à de la frustration. Cependant, lorsque les patientes se restreignent en évitant des aliments « contre-indiqués » dans le but de perdre du poids pour des raisons esthétiques, elles ressentent de la privation. Or, elles ont identifié que le sentiment de privation augmentait leurs envies et le risque de compensations alimentaires. En effet, il a été démontré que les personnes qui restreignent leur alimentation pour améliorer leur image corporelle sont plus enclines à utiliser des méthodes drastiques de perte pondérale et sont plus susceptibles d'expérimenter des épisodes de désinhibitions alimentaires, que les personnes restreignant leurs apports caloriques pour des raisons de santé (Putterman & Linden, 2004). En somme, perdre du poids en diminuant ses apports caloriques sans en subir les conséquences néfastes serait possible, si les modifications des habitudes alimentaires sont motivées par l'amélioration de la santé et non pas pour des raisons esthétiques (Putterman & Linden, 2004). Il s'avère donc important d'évaluer, dès le début du suivi, les raisons conduisant les patientes aux restrictions caloriques. Si nécessaire, il faudrait entamer un travail sur les préoccupations pondérales. Aussi, il est important que les thérapeutes encouragent l'implémentation de l'Al en mettant l'accent sur l'amélioration du bien-être et de la santé plutôt que sur la perte de poids en soi. Ces aspects sont discutés dans les prochains thèmes.

La déculpabilisation vis-à-vis de son alimentation (sous-thème 1.2) a été nommée par plusieurs participantes comme facilitant le processus d'implémentation de l'Al. Certaines d'entre elles ont clairement identifié que le fait de s'autoriser tous les aliments sans culpabiliser permettait de diminuer les frustrations et compensations alimentaires, et ainsi de mieux se

focaliser sur leurs sensations alimentaires de faim et de satiété et de gérer les quantités consommées. Ce travail sur la culpabilité fait entre autres partie du premier axe de l'approche du GROS (Sweerts et al., 2020), qui vise à réduire la restriction cognitive. C'est d'ailleurs un aspect très présent dans les thérapies individuelles et les cours de groupe proposés au CM du HIB. Les thérapeutes déculpabilisent leurs patient·e·s et insistent sur le fait d'éviter toute privation alimentaire dans l'idée de réduire la restriction cognitive.

En somme, s'éloigner des régimes amaigrissants est essentiel pour entamer le processus d'implémentation de l'Al. Pour cela, il faut arrêter les régimes amaigrissants et les restrictions alimentaires motivés par des raisons esthétiques car ceux-ci représentent des barrières au processus d'implémentation de l'Al. La présence d'ambivalence, renforcée par un état de restriction cognitive, explique la difficulté de plusieurs participantes de s'éloigner des régimes amaigrissants. Aussi, diminuer l'état de restriction cognitive en déculpabilisant vis-à-vis de son alimentation et en se donnant la permission inconditionnelle de manger sans privations alimentaires, faciliterait le processus d'implémentation de l'Al. Développer le scepticisme face aux régimes amaigrissants faciliterait d'ailleurs l'acceptation de l'Al.

### Thème n°2 : Retrouver ses sensations alimentaires

Les résultats de cette étude démontrent que depuis leur suivi au CM, l'écoute et le respect des sensations alimentaires a pris de l'importance dans le quotidien des participantes. C'est pourquoi ce thème a été mis en lien avec le premier axe du GROS (Sweerts et al., 2020), où l'accent est mis sur l'identification et le respect des sensations alimentaires de faim et de satiété. Deux aspects du processus d'implémentation de l'Al ressortent des entretiens. Il s'agit d'apprendre à reconnaître et respecter la faim (sous-thème 2.1) et de se réapproprier la satiété (sous-thème 2.2). Ceux-ci reflètent les principes deux et cinq de Tribole et Resch (2012) « Honorer sa faim physiologique » (p. 59-73) et « Ressentir sa satiété » (p. 121-131). Toutefois, si les participantes ont appris à identifier les sensations de faim et de satiété, plusieurs barrières les empêchent de les respecter dans leur quotidien.

Une des principales barrières correspond aux horaires à respecter et aux obligations familiales, qui conduisent plusieurs femmes à manger sans faim. Se permettre de la flexibilité dans son quotidien faciliterait au contraire le respect des sensations alimentaires pour d'autres femmes. Mais dans un quotidien où la flexibilité des repas est difficile à mettre en pratique, miser sur la planification et l'anticipation des repas (sous-thème 2.3) semble faciliter la gestion alimentaire. Bien que l'approche de l'Al incite à manger lorsque la faim se présente, les diététiciennes Tribole et Resch (2012) admettent que cela n'est pas possible dans toutes les circonstances. Elles parlent dans ce cas de la « faim pratique » (p. 72). Il s'agit là, de rester pratique dans son rythme alimentaire et d'anticiper les moments où il n'est pas possible de

manger. Mieux vaudrait alors manger une petite quantité lorsque l'occasion se présente, même si la faim est faible, plutôt que d'attendre que la faim s'intensifie et conduise à surconsommer lors du prochain repas. Zermati (2011), médecin nutritionniste et co-fondateur de l'association du GROS, explique dans son livre « Maigrir sans régime », que les mangeur·euse·s régulé·e·s savent « jongler avec leurs contraintes sociales » (p. 178). C'està-dire qu'ils elles mangent généralement en ayant faim mais savent également anticiper leurs besoins en adaptant inconsciemment la taille des repas, ce qui leur permet d'avoir faim en temps voulu. C'est « l'appétit prévisionnel » (Zermati, 2011, p. 178), qui permet aux mangeur euse s régulé es d'adapter la fréquence et la taille de leurs repas selon leurs contraintes sociales. Or, les personnes en état de restriction cognitive auraient perdu cette compétence anticipatrice. La peur de la faim, d'ailleurs mentionnée par une des participantes, ou la peur de manquer les conduisent souvent à manger au-delà de leur faim pour anticiper un manque plutôt que pour répondre à leurs besoins physiologiques (Zermati, 2011). Les thérapeutes du CM du HIB aident leurs patient es à reconnaître la faim physiologique et les encouragent à adapter leur rythme alimentaire à leur sensation de faim. Ils elles les accompagnent également à retrouver ou à développer cet « appétit prévisionnel » par la conscientisation et l'expérimentation des différents stades de la faim par exemple.

Parmi les barrières au respect de la satiété, trois participantes ont incriminé la difficulté à dominer l'envie de se resservir, où autrement à résister à la gourmandise. Or, dans la chronologie du processus d'implémentation de l'Al de Tribole et Resch (2012), « Ressentir sa satiété » (p. 121-131) vient en cinquième position. Il est donc possible que la difficulté à respecter la satiété soit liée au fait que les principes un à quatre de l'Al ne soient pas encore acquis. Il s'agit de « Rejeter la mentalité des régimes amaigrissants » (p. 40-58), d'«Honorer sa faim physiologique » (p. 59-73), de « Faire la paix avec son alimentation » (p. 74-93) et de « Vaincre la restriction cognitive » (p. 94-120) (Tribole & Resch, 2012). Ces principes visent effectivement à diminuer la restriction cognitive, à se donner la permission inconditionnelle de manger sans culpabiliser, à éviter les privations alimentaires pouvant mener à la désinhibition, et à identifier et respecter les sensations physiologiques de la faim. Or, Zermati (2011) affirme qu'il est difficile de s'arrêter de manger un aliment « interdit », s'il est censé être mangé pour la dernière fois avant d'être au régime pour de bon. Aussi, la désinhibition est associée à une moins bonne attention portée au processus de rassasiement, lors de la consommation d'aliments énergétiquement denses (Blundell et al., 2005). De plus, la satiété se définissant par l'absence de faim physiologique (Amin & Mercer, 2016), il semble important d'être capable de respecter les sensations de faim afin de pouvoir pleinement apprécier les processus de rassasiement. Aussi, l'enseignement des mécanismes de ce processus ainsi que de critères des repas promouvant le ressenti et le respect de la satiété fait partie intégrante des thérapies au sein du CM du HIB. Ceci a d'ailleurs été relevé dans les entretiens, avec des exemples tels que se créer un environnement agréable pour manger, ralentir la vitesse alimentaire ou encore apprendre à laisser la nourriture dans l'assiette. Il est intéressant de noter, que les trois participantes en question ont encore de la peine à s'affranchir de l'état de restriction cognitive. La présence de restriction cognitive viendrait donc expliquer les barrières rencontrées par ces participantes à respecter la satiété.

En résumé, l'écoute et le respect des sensations alimentaires de faim et de satiété sont des aspects nécessaires au processus d'implémentation de l'Al. Si leur identification semble être acquise par les participantes, plusieurs barrières peuvent empêcher leur respect. Il s'agit principalement des horaires et obligations familiales, mais aussi de la présence de restriction cognitive. Pour faciliter le respect de la faim notamment, il faudrait pouvoir se permettre de la flexibilité dans la planification des repas. Développer « *l'appétit prévisionnel* » pour s'adapter aux contraintes sociales faciliterait la gestion alimentaire. Des facilitateurs du respect de la satiété sont d'être attentif au processus de rassasiement, de suivre certains critères des repas, ou encore de diminuer la présence de restriction cognitive.

# Thème n°3 : Faire des choix alimentaires sains pour son corps

Faire des choix alimentaires sains pour son corps semble être une dimension qui soutienne l'Al pour certaines femmes interviewées. Les résultats de cette étude montrent l'importance portée par les participantes sur des choix alimentaires sains et équilibrés, en privilégiant des produits frais et de proximité (sous-thème 3.1). Ces choix semblent être intégrés dans les valeurs des participantes sans qu'ils ne soient perçus comme une contrainte. Peut-être que cela vient du fait que la région de la Broye, dans laquelle elles vivent, comporte une importante surface agricole (Département des finances et des relations extérieures, 2018, p. 61; Service de la statistique, 2013a). Plusieurs participantes ont également exprimé une grande importance portée à la consommation régulière de légumes. Or, il est important de mentionner ici, un risque de biais de désirabilité sociale (Butori & Parguel, 2012) du fait qu'elles connaissaient le titre de diététicienne de l'intervieweuse.

Ce troisième thème « Faire des choix alimentaires sains pour son corps » est mis en lien avec le dixième et dernier principe de l'Al de Tribole & Resch (2012) « Honorer sa santé par une alimentation bienveillante » (p. 196-217). Pour les deux diététiciennes, il s'agit de faire des choix alimentaires sains pour améliorer la santé dans sa globalité et non primairement pour la perte de poids. Toutefois, faire des choix alimentaires sains n'est pas encore le gage d'une alimentation bienveillante, « gentle nutrition » en anglais, telle que pensée par Tribole et Resch (2012)! Car tant qu'une relation saine et apaisée avec son alimentation n'est pas acquise, il s'avèrerait difficile de manger sainement, sans qu'il ne s'agisse d'un nouveau régime pour

perdre du poids. C'est pourquoi les deux diététiciennes abordent ce principe en dernière position, après l'acquisition des principes n°1-9. Comme mentionné dans le premier thème de ce travail, il se trouve que certaines participantes, bien que faisant des choix alimentaires sains, ont encore de la peine à s'éloigner de la mentalité des régimes et utilisent les recommandations d'une alimentation équilibrée pour perdre du poids. De ce fait, ce dixième principe ne semble pas être acquis pour elles. D'ailleurs selon l'étude de Barraclough et al. (2019), combiner l'intuition ou l'écoute des sensations alimentaires et les connaissances nutritionnelles est perçu comme un défi. Certaines de leurs participantes essayaient, par exemple, d'écouter leur corps tout en suivant encore des règles alimentaires et en catégorisant les aliments en bons ou mauvais (Barraclough et al., 2019). Or pour Tribole et Resch (2012), ces règles alimentaires et l'intention de les suivre pour perdre du poids représenteraient une barrière à la « gentle nutrition ». Pour parvenir à honorer sa santé par une alimentation bienveillante, il faut choisir les aliments qui amènent à un état de bien-être et du plaisir alimentaire, sans ressentir de la privation ou de la culpabilité (Tribole & Resch, 2012). Au CM du HIB, lorsque l'approche de l'Al est choisie, les thérapeutes priorisent généralement le travail sur le comportement alimentaire des patient e s avant l'enseignement sur l'équilibre alimentaire. Il s'avère toutefois difficile de ne pas répondre aux attentes de certain·e·s patient·e·s demandant à recevoir en premier lieu des recommandations sur l'équilibre alimentaire. Il est important d'avoir en tête dans ces cas-là, que ces recommandations peuvent renforcer la mentalité des régimes, ce qui est contraire à l'approche de l'Al.

Les participantes ont identifié deux dimensions facilitant le fait de faire des choix alimentaires sains pour son corps. Il s'agit de développer le plaisir gustatif (sous-thème 3.2) et la confiance en son corps (sous-thème 3.3). Le premier est une composante importante pour les participantes car déguster les aliments permettrait d'augmenter le plaisir en mangeant et de guider ses choix alimentaires vers des aliments appréciés. Cette dimension est d'ailleurs développée dans le principe n°6 de Tribole et Resch (2012) « Découvrir le facteur de la satisfaction alimentaire » (p. 132-148) et rejoint le premier axe de l'approche du GROS (Sweerts et al., 2020), qui initie leurs patient es à la dégustation en pleine conscience, outil, par ailleurs utilisé en consultation et en cours de groupe au CM du HIB. En revanche, faire confiance à son corps pour guider le choix des aliments et les quantités à consommer s'est avéré plus difficile pour les participantes de cette étude. Deux d'entre elles y parviennent. A travers leur récit, il apparait que faire confiance à son corps est facilité par l'écoute de celui-ci, par le respect des sensations alimentaires et par le fait de s'autoriser tous les aliments sans culpabiliser. L'étude qualitative de Barraclough et al. (2019) a établi un constat similaire. L'enseignement des dix principes de l'Al a développé la confiance en son corps pour guider des choix alimentaires sains et rassasiants, sans devoir appliquer consciemment ses connaissances nutritionnelles (Barraclough et al., 2019). Il est intéressant de remarquer également que les deux participantes de la présente étude pour qui faire confiance en son corps semble être acquis, sont également celles ayant réussi à s'éloigner des régimes amaigrissants et des restrictions alimentaires pour perdre du poids. Sans pouvoir faire de lien de causalité, une étude transversale auprès de jeunes adultes aux États-Unis a effectivement démontré, que les femmes qui font confiance à leur corps pour leur dire quelle quantité manger, sont moins susceptibles de s'engager dans des pratiques malsaines de perte de poids (Denny et al., 2013). Cela démontre, à nouveau, l'importance d'aider les patientes à s'éloigner des régimes amaigrissants afin d'entamer le processus d'implémentation de l'Al. L'expérience des deux participantes valide ainsi la logique de la chronologie des dix principes de l'Al proposée par Tribole et Resch (2012).

Globalement, faire des choix alimentaires sains pour son corps semble être une dimension qui soutient l'Al. Développer le plaisir gustatif à l'aide de la dégustation en pleine conscience facilite le choix d'aliments appréciés. Un autre facilitateur guidant les choix alimentaires sains pour son corps est de faire confiance à son corps grâce à l'écoute de celui-ci, au respect des sensations alimentaires et au fait de s'autoriser tous les aliments sans culpabiliser. Ce dernier aspect reste difficile à acquérir. Il faut toutefois prendre en considération que d'inciter à faire des choix alimentaires tant qu'une relation apaisée avec son alimentation n'est pas acquise risque de renforcer la mentalité des régimes, ce qui est contraire à l'approche de l'Al.

## Thème n°4 : Gestion émotionnelle par l'alimentation

La plupart des participantes à ce projet expliquent avoir utilisé, ou encore utiliser actuellement, l'alimentation comme outil de gestion émotionnelle. Les déclencheurs nommés sont la recherche de refuge lors d'événements difficiles, le besoin d'inhiber les émotions, les contrariétés, un moral bas ou au contraire un moment de bien-être (sous-thème 4.1). La gestion émotionnelle par l'alimentation venant perturber le respect des sensations alimentaires, elle peut être considérée comme une barrière au processus d'implémentation de l'Al. Ce constat est comparable à celui des participantes de l'étude de Barraclough et al. (2019), pour qui la gestion d'événements stressants et des émotions sont vus comme des barrières à l'Al. Il semblerait d'ailleurs que l'alimentation émotionnelle soit largement répandue dans la population, comme le constate une étude transversale française ayant inclus plus de 35'000 participant·e·s de la cohorte NutriNet-Santé (Péneau et al., 2013). 57% des participant·e·s en surcharge pondérale rapportent avoir des épisodes d'alimentation émotionnelle fréquents. Et les femmes montrent une prévalence plus élevée d'alimentation émotionnelle, plus particulièrement lors de surcharge pondérale et du suivi de régimes amaigrissants. Dans ce contexte, les auteur es mettent en évidence la vulnérabilité des personnes sous régimes amaigrissants à la surconsommation alimentaire en réponse aux émotions (Péneau et al., 2013). L'association entre alimentation émotionnelle et régimes amaigrissants valide encore une fois l'importance de s'éloigner des régimes amaigrissants et de ces pratiques restrictives afin de pouvoir entamer le processus d'implémentation de l'Al, comme cela est d'ailleurs suggéré dans la chronologie des principes de l'Al de Tribole et Resch (2012). Les femmes interviewées ont nommé plusieurs facilitateurs de la diminution de l'alimentation émotionnelle (sous-thème 4.2), tels qu'apprendre à accueillir et à s'occuper de ses émotions au lieu de les inhiber par la nourriture, savoir prendre du recul face à ses émotions et les appréhender différemment ou encore s'adonner à des activités agréables et s'affirmer vis-à-vis des autres.

Ce thème n°4 est mis en lien avec le septième principe de Tribole et Resch (2012) « Gérer ses émotions sans recourir à l'alimentation » (p. 149-165). Les deux diététiciennes relèvent que la nourriture peut être utilisée pour faire face aux émotions d'une multitude de façons. Or, utiliser l'alimentation dans ce sens n'est pas une composante de la faim physiologique mais plutôt de la « faim émotionnelle », comme elles l'appellent. Si rechercher du plaisir gustatif ou des aliments réconfortants de manière occasionnelle fait partie d'une relation saine à son alimentation tant que ces aliments sont consommés sans culpabilité, le fait de chercher de la distraction ou de vouloir inhiber ses émotions à travers la nourriture fait office de barrière au développement de l'Al. Car à ce moment, il devient impossible de rester connecté avec les signaux de son corps et le plaisir gustatif reste absent (Tribole & Resch, 2012). Ce thème rejoint également le deuxième axe de la gestion émotionnelle de l'approche du GROS (Sweerts et al., 2020), où il s'agit de prendre conscience de ses émotions, de les identifier et de les accepter. Un soutien psychologique s'avère essentiel dans ce cas de figure, aide dont plusieurs participantes ont bénéficié durant leur suivi au CM du HIB. Zermati (2011) va dans le sens de Tribole et Resch (2012) en expliquant que si les émotions font manger, les aliments quant à eux peuvent également procurer des émotions. Il s'agit de choisir dans ce cas ceux qui procurent des émotions positives, c'est-à-dire ceux qui sont particulièrement appréciés. Pour éviter la surconsommation de ces aliments réconfortants, Zermati propose la dégustation en pleine conscience qui augmente à son tour le plaisir gustatif, composante essentielle au rassasiement sensoriel. Car pour qu'une personne soit rassasiée parfaitement, il lui faut de la satisfaction autant physique que psychique. Zermati relève également que l'état de restriction cognitive peut représenter une barrière à ce rassasiement sensoriel et conduirait ainsi à nécessiter de plus grandes quantités d'un aliment pour se sentir réconforté. Reprendre un travail sur la diminution de la restriction cognitive serait important à ce stade, s'il s'avère qu'elle est encore présente. A savoir que l'alimentation émotionnelle ne mène pas forcément à la prise pondérale, si les sensations alimentaires sont respectées lors des autres prises alimentaires (Zermati, 2011).

Il apparaît dans la littérature scientifique que l'Al et plus particulièrement le facteur « Manger pour des raisons physiques plutôt qu'émotionnelles » de l'échelle de mesure IES-2 (Tylka & Kroon Van Diest, 2013) soit négativement associé à l'alimentation émotionnelle (Camilleri et al., 2015), sans pour autant pouvoir faire de relation causale. Si cela est démontré dans des études observationnelles, il manque à ce jour des études expérimentales et longitudinales évaluant l'effet de l'implémentation de l'Al sur l'alimentation émotionnelle (Warren et al., 2017). En revanche, tel que relevé dans la revue de littérature de Warren et al. (2017), plusieurs études utilisant des techniques spécifiques d'alimentation en pleine conscience ont démontré une réduction de l'alimentation émotionnelle auprès de personnes en surcharge pondérale. Les auteur·e·s notent toutefois que la grande diversité des éléments intégrés dans les interventions rend difficile d'isoler une composante efficace (Warren et al., 2017). Certains aspects de l'alimentation en pleine conscience sont intégrés dans les principes de l'Al et utilisés au CM du HIB. Il s'agit entre autres de stratégies pour diminuer la vitesse alimentaire, éviter toute distraction en mangeant, déguster les aliments et rechercher de la satisfaction gustative avec de plus petites quantités (Kristeller & Wolever, 2010; Sweerts et al., 2020; Tribole & Resch, 2012). Ces outils, en parallèle à un suivi psychologique, auraient permis à plusieurs participantes de diminuer l'alimentation émotionnelle et auraient facilité leur évolution dans le processus d'implémentation de l'Al.

En résumé, la gestion émotionnelle par l'alimentation peut représenter une barrière au processus d'implémentation de l'Al car elle risque de perturber le respect des sensations alimentaires. Pour permettre la diminution de l'alimentation émotionnelle selon l'approche de l'Al, il faudrait idéalement s'être éloigné des régimes amaigrissants et avoir diminué l'état de restriction cognitive au préalable. Apprendre à accueillir et à s'occuper de ses émotions au lieu de les inhiber par la nourriture, savoir prendre du recul face à ses émotions et les appréhender différemment, s'adonner à des activités agréables, s'affirmer vis-à-vis des autres ou encore développer la dégustation en pleine conscience sont des facilitateurs de la diminution de l'alimentation émotionnelle.

### Thème n°5 : Apprendre à aimer son corps

Ce cinquième thème aborde les préoccupations d'image corporelle des participantes. Il ressort globalement des entretiens, qu'elles n'apprécient pas leur apparence physique et pour quatre d'entre elles, ceci est lié principalement à leur surcharge pondérale. La crainte de prendre du poids reflète les préoccupations pondérales de plusieurs femmes interviewées. Dans la littérature d'ailleurs, l'association entre surpoids et insatisfaction corporelle est bien connue parmi les femmes (Weinberger et al., 2016) et une importante insatisfaction liée au poids, même après 55 ans, est associée à une plus grande susceptibilité d'utiliser des méthodes de

contrôle du poids inadéquates (Bouzas et al., 2019). Dès lors, apprendre à aimer son corps apparaît être une étape essentielle du processus d'implémentation de l'Al.

Ce thème converge avec le principe n°8 de Tribole et Resch (2012) « Respecter son corps » (p. 166-182), pour qui accepter sa morphologie et son poids est un point critique dans le processus d'implémentation de l'Al car tant que la personne se bat contre son corps, il lui sera difficile de trouver la paix avec son alimentation et elle-même. Les auteures y encouragent les sujets à développer des attentes réalistes de perte et de maintien du poids (Tribole & Resch, 2012). Les entretiens ont mis en évidence que plusieurs participantes montraient des attentes élevées de perte de poids malgré leur tentative d'acceptation de leur poids. Et il se trouve que ces participantes sont aussi celles ayant d'importantes préoccupations pondérales et ayant de la peine à s'éloigner des régimes amaigrissants. Ceci vient donc valider l'importance de débuter un travail sur les attentes et objectifs de poids pour diminuer les préoccupations pondérales et faciliter l'acceptation corporelle. Ce travail fait partie de l'apprentissage d'acceptation de son corps tel qu'il est (sous-thème 5.1), comme cela a été identifié au travers des entretiens.

Prendre soin de son corps (sous-thème 5.2) est un autre facilitateur nommé par les participantes pour apprendre à aimer leur corps. Et pratiquer une activité physique en fait partie. Cet aspect converge d'ailleurs avec le principe n°9 de Tribole et Resch (2012) « Faire de l'activité physique et sentir la différence » (p. 183-195). Elles y encouragent leurs patient·e·s à faire de l'exercice physique non pas pour la perte de poids, mais pour sa santé et son bien-être. Cette transition permettrait de trouver du plaisir dans l'activité physique et de garder la motivation sur le long terme. Il s'avère que la plupart des participantes ont compris ce principe. Une participante y voit un gain en tonicité, en mobilité et un moyen de se sentir confortable. Et pour une autre patiente, l'activité physique est associée au bien-être psychique.

Bien que pour certaines participantes, le désir de perte de poids soit encore motivé par des raisons d'apparence physique, il est intéressant de relever une évolution des préoccupations d'image corporelle vers des aspects de santé dans leur discours (sous-thème 5.3). Avec l'âge, les préoccupations de santé ont pris de l'importance. Car si à l'époque, la plupart d'entre elles n'avaient pas de problèmes de santé liés à leur surpoids, aujourd'hui ceux-ci les rattrapent. Ce changement de priorité chez les femmes prenant de l'âge se retrouve également dans la littérature (Hofmeier et al., 2017; Hurd, 2000). Pour certaines d'entre elles, le fait de privilégier leur santé physique et la fonctionnalité de leur corps plutôt que leur apparence physique serait même bénéfique pour leur image corporelle (Hurd, 2000). Mais au contraire, intérioriser les idéaux socioculturels de jeunesse et de minceur aurait tendance à accroître l'insatisfaction corporelle (Carrard et al., 2020). Aussi, une étude qualitative australienne évaluant les déterminants de l'adoption de régimes amaigrissants ou d'approches anti-régimes auprès de

21 adultes avec excès pondéral a relevé qu'un accent mis sur la qualité de vie et la santé plutôt que sur la perte de poids et l'esthétique représentait un déterminant important dans le choix de suivre une approche alternative aux régimes amaigrissants (Leske et al., 2012). En somme, ce changement de priorité vers des aspects de santé encouragerait les participantes à prendre soin de leur corps et à accepter leur morphologie. Ceci aurait facilité l'acceptation de l'approche de l'Al. Il s'avère toutefois que pour certaines participantes, il soit plus difficile de faire la paix avec leur corps malgré l'augmentation des préoccupations pour leur santé. Tel que discuté dans le thème n°1, on retrouve ici aussi cette ambivalence liée aux préoccupations pondérales excessives qui renforcent les intentions de restrictions alimentaires et empêchent de s'éloigner des régimes amaigrissants. Un travail sur les préoccupations pondérales liées à l'insatisfaction corporelle représenterait donc un facilitateur essentiel du processus d'implémentation de l'Al.

Finalement, il apparaît que plusieurs femmes attachent beaucoup d'importance au regard des autres, en évoquant d'une part la crainte des critiques et d'autre part leur désir de chercher à plaire ou à séduire. Il ressort de leur récit que l'importance portée au regard des autres alimente les préoccupations pondérales et le désir de perte de poids. Ce qui, comme déjà discuté, peut être une barrière à l'Al. Au contraire, les femmes faisant abstraction du regard des autres semblent avoir atteint une meilleure acceptation de leur apparence physique et parallèlement avoir plus de facilité à manger intuitivement. Ce constat peut être comparé aux résultats du modèle d'acceptation de l'Al des chercheuses Augustus-Horvath et Tylka (2011). Elles ont effectivement démontré que les femmes de leur étude étaient plus susceptibles d'apprécier leur corps et de manger selon leurs sensations de faim et de satiété, lorsqu'elles ne se préoccupaient pas de la façon dont leur corps apparaissait aux autres. Leur modèle a d'ailleurs montré un lien positif entre l'appréciation corporelle et l'Al (Augustus-Horvath & Tylka, 2011), ce qui confirme que ce thème est fondamental dans le processus d'implémentation de l'Al.

En résumé, l'insatisfaction corporelle marquée par des préoccupations pondérales excessives fait office de barrière à l'implémentation de l'Al car elles renforcent les intentions de restrictions alimentaires pour des raisons esthétiques et empêchent de s'éloigner des régimes amaigrissants. Dès lors, apprendre à aimer son corps est une étape importante dans le processus d'implémentation de l'Al. Apprendre à accepter son corps tel qu'il est en entamant un travail sur les préoccupations pondérales liées à l'insatisfaction corporelle est un facilitateur essentiel de cette étape et ainsi de l'implémentation de l'Al. Faire abstraction du regard des autres et prendre soin de son corps en pratiquant une activité physique pour le bien-être et non pour la perte de poids sont d'autres facilitateurs de cette étape identifiés. De plus, faire

évoluer les préoccupations d'image corporelle vers des aspects de santé permettrait de faciliter l'acceptation de l'approche de l'Al.

# Thème n°6 : Développer l'acceptation de soi

Ce dernier thème aborde le développement de l'acceptation de soi. Il apparaît au travers des entretiens que le fait d'apprendre à se respecter et à s'aimer en tant que personne au-delà de son apparence physique et d'apprendre à s'écouter soi-même, à prendre confiance en soi et à s'affirmer face aux autres, ait contribué de manière positive au processus d'implémentation de l'Al. Il ressort effectivement que le développement de l'acceptation de soi, à l'aide de démarches de développement personnel (sous-thème 6.1), ait facilité l'affirmation contre les normes socioculturelles de beauté et de minceur et la stigmatisation envers les personnes souffrant de surpoids ou d'obésité. Il s'avère important de se détacher de ces normes socioculturelles (sous-thème 6.2) et d'apprendre à vivre dans ce monde stigmatisant (sous-thème 6.3) car selon le récit de certaines participantes, celles-ci influencent négativement l'appréciation corporelle, augmentent les préoccupations pondérales et activent le désir de perte de poids, souvent accompagné d'attentes irréalistes. Ce qui renforcerait d'autant plus la recherche de régimes amaigrissants pour des raisons esthétiques et représenterait de ce fait une barrière au processus d'implémentation de l'Al.

Ces aspects sont abordés dans le troisième axe de l'approche du GROS (Sweerts et al., 2020). L'acceptation de soi, vise justement à apprendre à s'accepter malgré ses imperfections et à s'affirmer, à se respecter et à se faire respecter dans un monde stigmatisant pour les personnes en surcharge pondérale. Ce thème concorde également avec l'approche MB-EAT de Kristeller (2010) dans son axe « cultiver l'acceptation de soi ». Si ces aspects ne sont pas explicitement décrits dans les dix principes d'Al de Tribole et Resch (2012), ils semblent être essentiels à intégrer dans la thérapie de patient es souffrant de stigmatisation, de mauvaise estime de soi ou en proie aux pressions sociales de minceur, afin de les aider à réduire les préoccupations pondérales et à résister à la tentation des nombreux régimes amaigrissants et ainsi à faciliter le processus d'implémentation de l'Al. D'autant plus que les personnes souffrant d'obésité sont plus susceptibles de percevoir de la discrimination liée à leurs poids, tel que mis en évidence par une méta-analyse (Spahlholz et al., 2016). La prévalence de la perception de discrimination liée au poids se situe à 19% chez les personnes souffrant d'obésité de classe I (IMC 30-34.9kg/m²) et à 42% chez les personnes souffrant d'obésité plus extrême (IMC ≥ 35kg/m²). Aussi, il a été démontré que la discrimination pondérale est perçue plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. Les auteur es incriminent l'importance accordée par la société occidentale à la minceur comme raison de cette discrimination liée au poids (Spahlholz et al., 2016). D'autre part, les femmes en surcharge pondérale ayant vécu de la stigmatisation liée à leur poids durant l'enfance, l'adolescence ou

l'âge adulte sont plus enclines à relever une insatisfaction corporelle et des préoccupations pondérales importantes. Elles seraient plus susceptibles également de présenter des accès hyperphagiques (Annis et al., 2004). Une des solutions relevées lors des entretiens serait de changer l'image des personnes en surcharge pondérale dans la société et de les déculpabiliser vis-à-vis de leur morphologie. La participante ayant mentionné cela touche ainsi à l'importance d'un changement sociétal dans les pays occidentaux! Les thérapeutes du CM du HIB aident leurs patient·e·s à déculpabiliser vis-à-vis de leur poids et à comprendre les multiples facteurs pouvant influencer la cinétique pondérale, mais cela se joue au niveau individuel. Il faudrait pourtant aborder la problématique de la stigmatisation de manière plus large au travers de campagnes de santé publique, basées sur des messages dépourvus de jugement moral sur les comportements des personnes souffrant de surpoids et d'obésité. Ces campagnes devraient plutôt intégrer des messages positifs sur les bénéfices d'adopter des comportements sains, plutôt que de focaliser sur la perte de poids (Lewis et al., 2010). Car en focalisant sur la perte de poids plutôt que sur l'amélioration de la santé, ces messages de santé publique risquent d'encourager justement les individus à adopter des régimes restrictifs non durables et à augmenter encore la perception de discrimination des personnes en état d'obésité, suite aux échecs de ces régimes (Lewis et al., 2010).

En somme, les normes socioculturelles de beauté et de minceur ainsi que la stigmatisation envers les personnes en surcharge pondérale sont des barrières au processus d'implémentation de l'Al car elles renforcent les préoccupations pondérales incitant à suivre des régimes amaigrissants pour des raisons esthétiques. De plus, la société occidentale ne semble pas promouvoir l'Al et tend à culpabiliser les personnes en surcharge pondérale. Le développement de l'acceptation de soi permettrait de s'affirmer contre ces normes socioculturelles, de vivre dans ce monde stigmatisant et ainsi de faciliter le processus d'implémentation de l'Al.

# Évolution de l'image corporelle et de l'alimentation intuitive avec l'âge

L'image corporelle et l'Al ont été majoritairement investiguées auprès de femmes jeunes ou pré-ménopausées (Bruce & Ricciardelli, 2016; Cameron et al., 2019). Pourtant, les femmes sont sujettes à des changements hormonaux et physiologiques lors de la ménopause, menant à une redistribution de la masse graisseuse. Beaucoup d'entre elles rapportent une prise de poids durant cette période inéluctable (Karvonen-Gutierrez & Kim, 2016). Il n'est alors pas rare que ces changements entraînent une insatisfaction corporelle et des préoccupations liées au poids et à la morphologie (Hofmeier et al., 2017), entraînant un désir de minceur et le recoure à des régimes restrictifs délétères pour leur santé (Gagne et al., 2012). Mais l'évolution du comportement alimentaire et de l'image corporelle après la période de la ménopause reste encore peu explorée dans la littérature scientifique (Slevec & Tiggemann, 2011). Pour

répondre à cette lacune, des femmes post-ménopausées ont été recrutées pour cette étude. Il s'avère que, parmi les six patientes ayant participé aux entretiens, aucune n'a mentionné de lien apparent entre leur vécu de la ménopause et une fluctuation pondérale ou un changement de leur alimentation. Ceci, malgré des questions ouvertes ayant été posées sur l'évolution de leur image corporelle et de leur comportement alimentaire durant les dernières années. De manière similaire, dans une étude portugaise incluant 294 femmes post-ménopausées, 65% des participantes en surcharge pondérale n'ont indiqué aucun changement de leur comportement alimentaire lié à la ménopause (Gonçalves et al., 2015). Il semblerait donc que la ménopause n'ait pas impacté les préoccupations pondérales ni le comportement alimentaire des femmes incluses dans la présente étude, comme le suggère la littérature scientifique. D'ailleurs, si la ménopause est souvent empreinte de représentations négatives dans la population, son vécu ne l'est pas forcément pour toutes les femmes, comme l'a démontré une thèse en sciences sociales sur l'expérience de la ménopause de femmes en Suisse (Mbarga, 2015). Il n'en demeure pas moins, que la présente étude a mis en évidence la présence d'insatisfaction corporelle marquée par des préoccupations pondérales excessives chez des femmes post-ménopausées, ainsi que des difficultés à s'éloigner des régimes amaigrissants et à implémenter l'Al.

### 6.2 Limites et forces de l'étude

La présente étude comporte diverses limites. Vu le nombre restreint de participantes, la saturation des données n'a pas été possible. De plus, le cadre imparti à ce travail de Master n'a pas permis la triangulation des données auprès d'autres chercheurs ni la validation des transcrits par les participantes elles-mêmes (« member-checking » en anglais). Ceci aurait augmenté la crédibilité de la recherche (Lincoln & Guba, 1985). Aussi, un total de huit diététicien ne s et deux psychologues travaillent au CM du HIB avec des démarches thérapeutiques propres à chacun·e. De plus, aucun protocole de l'implémentation de l'Al n'est préétabli au CM du HIB. Ceci pourrait expliquer les différentes expériences relatées par les participantes autour des barrières et facilitateurs du processus d'implémentation de l'Al. Il est important de nommer également le rôle des préconceptions, perspectives et valeurs de l'étudiante ayant mené les entretiens. Ce caractère subjectif est néanmoins valorisé dans un contexte de courant subjectiviste (Braun & Clarke, 2013). Aussi, un regard critique a été porté tout au long du processus de recherche. De même, un risque de désirabilité sociale (Butori & Parguel, 2012) est à prendre en considération, du fait que les participantes étaient au courant du titre de diététicienne au sein du CM du HIB de l'intervieweuse. Finalement, il est important de mentionner que la transférabilité des résultats s'applique à une population de femmes postménopausées et en surcharge pondérale provenant d'un milieu rural en Suisse romande (Lincoln & Guba, 1985).

Cette étude comporte également certaines forces. Il s'agit d'une première incursion dans le domaine de l'implémentation de l'Al en tenant compte de l'image corporelle de femmes post-ménopausées. Cette recherche qualitative a ainsi fourni une riche description des barrières et facilitateurs du processus d'implémentation de l'Al dans l'environnement du CM du HIB. De plus, le contexte de la présente étude incluant des participantes provenant d'un milieu rural a permis de récolter des données auprès d'une population peu représentée dans les études d'Al, qui incluent majoritairement de jeunes étudiantes (Bruce & Ricciardelli, 2016; Van Dyke & Drinkwater, 2014). Aussi, le recrutement de six participantes s'est basé sur le nombre inférieur recommandé par Braun & Clarke (2013), suffisant pour réaliser une analyse thématique des données récoltées. Pour limiter le biais de désirabilité sociale (Butori & Parguel, 2012), uniquement des patientes n'ayant pas été suivies en thérapie par l'étudiante Master ont été recrutées. Finalement, le critère de dépendabilité est assuré par une documentation détaillée des procédures de l'étude (Lincoln & Guba, 1985).

# 6.3 Implications pour la pratique

Les six thèmes identifiés par cette étude sont à utiliser comme pistes à prendre en considération lors de l'implémentation de l'Al, plus particulièrement auprès de femmes post-ménopausées et en surcharge pondérale. A noter que s'ils suivent en partie la chronologie d'acquisition des principes de l'Al proposée par Tribole et Resch (2012), l'implémentation de l'Al est un processus itératif. Il s'avère important de s'adapter à la situation de départ et à l'évolution de chaque patiente et de ne pas hésiter à revenir en arrière dans ce processus afin d'approfondir des aspects qui n'étaient peut-être pas encore acquis. De plus, il est intéressant de considérer ces thèmes comme des aspects complémentaires, comme cela est d'ailleurs présenté dans l'approche triaxiale du GROS (Sweerts et al., 2020). La connaissance des barrières et facilitateurs de ce processus d'implémentation de l'Al permet d'aider les patientes à surmonter leurs difficultés et à améliorer leur compliance à cette approche anti-régimes.

De manière générale, pour permettre aux patientes d'entamer le processus d'implémentation de l'Al, il faut les inciter dans un premier temps à s'éloigner des régimes amaigrissants (thème n°1). Une clef pour cela est de renforcer leur scepticisme face aux régimes en adoptant un discours anti-régimes et en déconstruisant les croyances alimentaires. Déculpabiliser vis-àvis de la nourriture et aider à diminuer la restriction cognitive sont des outils qui facilitent le processus d'implémentation de l'Al. Il faut toutefois être attentif aux messages incitant à perdre du poids pour des raisons de santé, qui peuvent dans certains cas renforcer la mentalité des régimes, ce qui serait contraire à l'approche de l'Al. Un aspect à développer est l'écoute et le respect des sensations alimentaires de faim et de satiété (thème n°2). Afin d'y parvenir, il faut s'adapter au contexte et situation familiale ou professionnelle des patientes qui peuvent représenter des barrières au processus d'implémentation de l'Al. Les aider à développer de la

flexibilité dans l'organisation des repas ou à anticiper les prises alimentaires, promouvoir la conscientisation et l'expérimentation des différents stades de la faim, encourager à respecter les critères d'un repas et enseigner les mécanismes de la satiété sont des facilitateurs de ce processus. Promouvoir des choix alimentaires sains pour son corps est une dimension qui soutient l'Al (thème n°3). Néanmoins, il faut être conscient que faire des choix alimentaires sains peut aussi être perçu comme un nouveau régime par des patientes n'ayant pas encore fait la paix avec leur alimentation. La gestion émotionnelle par l'alimentation (thème n°4) peut représenter une barrière au processus d'implémentation de l'Al, c'est pourquoi il est essentiel d'accompagner les patientes dans la diminution de l'alimentation émotionnelle. Une première étape serait d'identifier la forme que prend cette gestion émotionnelle et guels en sont les déclencheurs. Puis, des pistes comme apprendre à accueillir les émotions et à s'en occuper, prendre du recul, s'adonner à des activités agréables ou encore développer la dégustation en pleine conscience, peuvent être utilisées en thérapie. Il s'avère important également au début du processus d'implémentation de l'Al, d'investiguer l'image corporelle des patientes, ceci même dans une population de femmes post-ménopausées (thème n°5). En effet, les résultats de cette étude ont mis en évidence que la présence d'insatisfaction corporelle et de préoccupations pondérales n'est pas qu'un problème rencontré par les jeunes femmes, mais persiste avec l'âge! Aussi, l'insatisfaction corporelle marquée par des préoccupations pondérales excessives peut faire office de barrière au processus d'implémentation de l'Al car elles renforcent les intentions de restrictions alimentaires pour des raisons esthétiques et empêchent de s'éloigner des régimes amaigrissants. Dans ce sens, aider les patientes à prendre soin de leur corps, à faire abstraction du regard des autres, à diminuer leurs attentes de perte de poids et mettre l'accent sur des aspects de la santé plutôt que d'image corporelle en thérapie, peuvent faciliter l'acceptation et l'implémentation de l'Al. Et finalement, il serait intéressant d'aborder avec les patientes comment elles vivent les pressions socioculturelles de beauté et de minceur ainsi que la stigmatisation. Car celles-ci peuvent faire office de barrière au processus d'implémentation de l'Al en renforçant les préoccupations pondérales. Aider les patientes à développer l'acceptation de soi (thème n°6) au-delà de l'apparence physique, en travaillant par exemple sur l'affirmation de soi, la confiance en soi ou sur l'écoute de soi, contribuerait positivement au processus d'implémentation de l'Al. Il est intéressant de constater que ce dernier thème sert également aux autres thèmes dans le processus d'implémentation de l'Al. Cela illustre bien la complémentarité des thèmes ainsi que l'aspect itératif des différentes étapes de ce processus d'implémentation.

# 6.4 Implications pour la recherche

Plus d'études expérimentales et longitudinales sont nécessaires pour confirmer les effets de l'implémentation de l'Al sur les troubles alimentaires, l'appréciation corporelle et les indicateurs

de santé et ce plus particulièrement auprès de femmes post-ménopausées. Bien que le nombre d'études transversales sur l'Al augmente, il existe encore peu de données sur la manière d'implémenter l'Al auprès des patient·e·s. Les études sur l'Al ont effectivement tendance à intégrer une grande diversité d'éléments dans leurs interventions, rendant difficile d'isoler une seule composante efficace (Warren et al., 2017). Il serait dès lors judicieux d'identifier plus précisément les étapes et outils des interventions d'implémentation de l'Al qui sont porteurs de changements plutôt que leurs approches globales ainsi que de déterminer pour quelle patientèle ces interventions devraient être recommandées. Dans le cadre d'études qualitatives, recruter un plus grand nombre de participantes permettrait d'atteindre la saturation des données et de récolter plus de connaissances autour des barrières et facilitateurs de l'implémentation de l'Al. Aussi, les personnes avec IMC élevé montrant des scores d'Al plus faibles (Camilleri et al., 2015; Horwath et al., 2019), il serait intéressant d'investiguer les barrières et facilitateurs de femmes avec IMC normal afin de les comparer avec ceux de femmes en surcharge pondérale. De même, les femmes âgées montrant semble-t-il de moins bons scores d'Al que les plus jeunes (Augustus-Horvath & Tylka, 2011), élargir la tranche d'âge des participantes permettrait de mieux comprendre les aspects pouvant influencer l'Al, liés aux différentes périodes de la vie.

# 7 Conclusion

Cette étude qualitative avait pour objectif d'explorer les aspects nécessaires au processus d'implémentation de l'Al et d'en décrire les barrières et facilitateurs en tenant compte de l'influence de l'image corporelle, tels que vécus par des femmes post-ménopausées et en surcharge pondérale consultant le CM du HIB. Les résultats ont mis en évidence la présence d'un important scepticisme face aux régimes restrictifs, ainsi que le désir de s'en éloigner. Cela s'avère toutefois difficile dans notre société occidentale stigmatisant les personnes en surcharge pondérale et prônant le culte de la minceur, cela même dans la population de femmes post-ménopausées. L'insatisfaction corporelle et les préoccupations pondérales en découlant renforcent au contraire les intentions de perte pondérale et de restrictions alimentaires, vécues comme sources de frustrations et de compensations alimentaires par ces femmes. L'Al a permis à plusieurs d'entre elles de développer une relation apaisée avec leur alimentation et de déculpabiliser vis-à-vis de la nourriture. Dès lors, cette approche mérite sa place dans le champ des traitements conservateurs du surpoids et de l'obésité et devrait être proposée aux femmes post-ménopausées en recherche d'alternatives aux régimes restrictifs.

# 8 Références

Agence nationale de sécurité de l'alimentation, de l'environnement et du travail. (2010). Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement—Rapport d'expertise collective. ANSES. https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2009sa0099Ra.pdf

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5—Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Elsevier Masson.

Amin, T., & Mercer, J. G. (2016). Hunger and Satiety Mechanisms and Their Potential Exploitation in the Regulation of Food Intake. *Current Obesity Reports*, *5*(1), 106-112. https://doi.org/10.1007/s13679-015-0184-5

Annis, N. M., Cash, T. F., & Hrabosky, J. I. (2004). Body Image and Psychosocial Differences Among Stable Average Weight, Currently Overweight, and Formerly Overweight Women: The Role of Stigmatizing Experiences. *Body Image*, *1*(2), 155-167. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2003.12.001

Augustus-Horvath, C. L., & Tylka, T. L. (2011). The Acceptance Model of Intuitive Eating: A Comparison of Women in Emerging Adulthood, Early Adulthood, and Middle Adulthood. *Journal of Counseling Psychology*, *58*(1), 110-125. https://doi.org/10.1037/a0022129

Avalos, L. C., & Tylka, T. L. (2006). Exploring a Model of Intuitive Eating with College Women. *Journal of Counseling Psychology*, *53*(4), 486-497. https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.4.486

Avalos, L. C., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and Psychometric Evaluation. *Body Image*, *2*(3), 285-297. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002

Bacon, L., Stern, J. S., Van Loan, M. D., & Keim, N. L. (2005). Size Acceptance and Intuitive Eating Improve Health for Obese, Female Chronic Dieters. *Journal of the American Dietetic Association*, *105*(6), 929-936. https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.03.011

Barraclough, E. L., Hay-Smith, E. J. C., Boucher, S. E., Tylka, T. L., & Horwath, C. C. (2019). Learning to Eat Intuitively: A Qualitative Exploration of the Experience of Mid-age Women. *Health Psychology Open*, *6*(1), 1-8. https://doi.org/10.1177/2055102918824064

Berthoud, H.-R. (2011). Metabolic and Hedonic Drives in the Neural Control of Appetite: Who is the Boss? *Current Opinion in Neurobiology*, *21*(6), 888-896. https://doi.org/10.1016/j.conb.2011.09.004

Berthoud, H.-R., Münzberg, H., & Morrison, C. D. (2017). Blaming the Brain for Obesity: Integration of Hedonic and Homeostatic Mechanisms. *Gastroenterology*, *152*(7), 1728-1738.

https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.12.050

Blundell, J., Stubbs, R., Golding, C., Croden, F., Alam, R., Whybrow, S., Lenoury, J., & Lawton, C. (2005). Resistance and Susceptibility to Weight Gain: Individual Variability in Response to a High-fat Diet. *Physiology & Behavior*, 86(5), 614-622. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2005.08.052

Bouzas, C., Bibiloni, M. del M., & Tur, J. A. (2019). Relationship between Body Image and Body Weight Control in Overweight ≥55-Year-Old Adults: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1622. https://doi.org/10.3390/ijerph16091622

Bradshaw, A. J., Horwath, C. C., Katzer, L., & Gray, A. (2010). Non-Dieting Group Interventions for Overweight and Obese Women: What Predicts Non-Completion and Does Completion Improve Outcomes? *Public Health Nutrition*, *13*(10), 1622-1628. https://doi.org/10.1017/S1368980009992977

Bradshaw, C., Atkinson, S., & Doody, O. (2017). Employing a Qualitative Description Approach in Health Care Research. *Global Qualitative Nursing Research*, *4*, 1-8. https://doi.org/10.1177/2333393617742282

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Braun, V., & Clarke, V. (2013). Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners (1st éd.). Sage Publications Ltd.

Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M., & Bulik, C. M. (2016). Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, *165*(6), 409. https://doi.org/10.7326/M15-2455

Bruce, L. J., & Ricciardelli, L. A. (2016). A Systematic Review of the Psychosocial Correlates of Intuitive Eating Among Adult Women. *Appetite*, *96*, 454-472. https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.10.012

Butori, R., & Parguel, B. (2012). Les biais de réponse—Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. *HAL archives ouvertes*, 1-20. https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00636228/document

Cameron, E., Ward, P., Mandville-Anstey, S. A., & Coombs, A. (2019). The Female Aging Body: A Systematic Review of Female Perspectives on Aging, Health, and Body Image. *Journal of Women & Aging*, *31*(1), 3-17. https://doi.org/10.1080/08952841.2018.1449586

Camilleri, G. M., Méjean, C., Bellisle, F., Andreeva, V. A., Sautron, V., Hercberg, S., & Péneau,

S. (2015). Cross-Cultural Validity of the Intuitive Eating Scale-2. Psychometric Evaluation in a Sample of the General French Population. *Appetite*, *84*, 34-42. https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.09.009

Carrard, I., Kruseman, M., & Marques-Vidal, P.-M. (2018). Desire to Lose Weight, Dietary Intake and Psychological Correlates among Middle-aged and Older Women. The CoLaus Study. *Preventive Medicine*, *113*, 41-50. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.05.011

Carrard, I., Rothen, S., & Rodgers, R. F. (2020). Body Image and Disordered Eating in Older Women: A Tripartite Sociocultural Model. *Eating Behaviors*, 38(101412), 1-5. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101412

Dansinger, M. L., Tatsioni, A., Wong, J. B., Chung, M., & Balk, E. M. (2007). Meta-analysis: The Effect of Dietary Counseling for Weight Loss. *Annals of Internal Medicine*, *147*(1), 41-50. https://doi.org/doi: 10.7326/0003-4819-147-1-200707030-00007

De Zwaan, M., Hilbert, A., Herpertz, S., Zipfel, S., Beutel, M., Gefeller, O., & Muehlhans, B. (2008). Weight Loss Maintenance in a Population-based Sample of German Adults. *Obesity*, *16*(11), 2535-2540. https://doi.org/10.1038/oby.2008.392

Denny, K. N., Loth, K., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Intuitive Eating in Young Adults. Who is Doing it, and how is it Related to Disordered Eating Behaviors? *Appetite*, 60, 13-19. https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.029

Département des finances et des relations extérieures. (2018). *Annuaire Statistique Vaud 2018*. https://issuu.com/etatdevaud/docs/a2018\_500p

de Witt Huberts, J. C., Evers, C., & de Ridder, D. T. D. (2013). Double Trouble: Restrained Eaters do not Eat Less and Feel Worse. *Psychology & Health*, *28*(6), 686-700. https://doi.org/10.1080/08870446.2012.751106

Flegal, K. M., Kit, B. K., Orpana, H., & Graubard, B. I. (2013). Association of All-cause Mortality with Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 309(1), 71-82. https://doi.org/10.1001/jama.2012.113905

Franz, M. J., VanWormer, J. J., Crain, A. L., Boucher, J. L., Histon, T., Caplan, W., Bowman, J. D., & Pronk, N. P. (2007). Weight-Loss Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Weight-Loss Clinical Trials with a Minimum 1-Year Follow-Up. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(10), 1755-1767. https://doi.org/10.1016/j.jada.2007.07.017

Fuentes Artiles, R., Staub, K., Aldakak, L., Eppenberger, P., Rühli, F., & Bender, N. (2019). Mindful Eating and Common Diet Programs Lower Body Weight Similarly: Systematic Review

and Meta-analysis. Obesity Reviews, 20(11), 1619-1627. https://doi.org/10.1111/obr.12918

Gagne, D. A., Von Holle, A., Brownley, K. A., Runfola, C. D., Hofmeier, S., Branch, K. E., & Bulik, C. M. (2012). Eating Disorder Symptoms and Weight and Shape Concerns in a Large Web-based Convenience Sample of Women Ages 50 and Above: Results of the Gender and Body Image (GABI) Study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(7), 832-844. https://doi.org/10.1002/eat.22030

Galati, M., Kaeser, M., Semaani, C., & Storni, M. (2020). *Enquête suisse sur la santé 2017—Surpoids et obésité*. Office fédéral de la statistique (OFS). https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/sgb.assetdetail.14147704. html

Gast, J., & Hawks, S. R. (1998). Weight Loss Education: The Challenge of a New Paradigm. Health Education & Behavior, 25(4), 464-473. https://doi.org/DOI: 10.1177/109019819802500405

Goldfield, G. S., Adamo, K. B., Rutherford, J., & Legg, C. (2008). Stress and the relative reinforcing value of food in female binge eaters. *Physiology & Behavior*, 93(3), 579-587. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.10.022

Gonçalves, S. F., Silva, E., & Gomes, A. R. (2015). The Influence of BMI and Predictors of Disordered Eating and Life Satisfaction on Postmenopausal Women. *Journal of Women & Aging*, 27(2), 140-156. https://doi.org/10.1080/08952841.2014.928496

Grider, H. S., Douglas, S. M., & Raynor, H. A. (2020). The Influence of Mindful Eating and/or Intuitive Eating Approaches on Dietary Intake: A Systematic Review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *121*(4), 709-727. https://doi.org/10.1016/j.jand.2020.10.019

Guh, D. P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C. L., & Anis, A. H. (2009). The Incidence of Co-morbidities Related to Obesity and Overweight: A Systematic Review and Meta-analysis. *BMC Public Health*, 9(88), 1-20. https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-88

Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., Sherman, S., Sluss, P. M., & de Villiers, T. J. (2012). Executive Summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10: Addressing the Unfinished Agenda of Staging Reproductive Aging. *Climacteric*, *15*(2), 105-114. https://doi.org/10.3109/13697137.2011.650656

Hawks, S., Madanat, H., Hawks, J., & Harris, A. (2005). The Relationship between Intuitive Eating and Health Indicators among College Women. *American Journal of Health Education*, 36(6), 331-336. https://doi.org/10.1080/19325037.2005.10608206

Haynes, A., Kersbergen, I., Sutin, A., Daly, M., & Robinson, E. (2018). A Systematic Review

of the Relationship between Weight Status Perceptions and Weight Loss Attempts, Strategies, Behaviours and Outcomes. *Obesity Reviews*, 19(3), 347-363. https://doi.org/10.1111/obr.12634

Herman, C. P., & Polivy, J. (1975). Anxiety, Restraint, and Eating Behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(6), 666-672. https://doi.org/10.1037/0021-843X.84.6.666

Herman, C.P., & Polivy, J. (1984). A boundary model for the regulation of eating. In A. J. Stunkard & E. Stellar (Éds.), *Eating and its disorders* (Raven Press).

Hill, J. O., Wyatt, H. R., & Peters, J. C. (2012). Energy Balance and Obesity. *Circulation*, *126*(1), 126-132. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.087213

Hofmeier, S. M., Runfola, C. D., Sala, M., Gagne, D. A., Brownley, K. A., & Bulik, C. M. (2017). Body Image, Aging, and Identity in Women over 50: The Gender and Body Image (GABI) Study. *Journal of Women & Aging*, 29(1), 3-14. https://doi.org/10.1080/08952841.2015.1065140

Horwath, C., Hagmann, D., & Hartmann, C. (2019). Intuitive Eating and Food Intake in Men and Women: Results from the Swiss Food Panel Study. *Appetite*, *135*, 61-71. https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.12.036

Hurd, L. C. (2000). Older Women's Body Image and Embodied Experience: An Exploration. *Journal of Women & Aging*, 12(3-4), 77-97. https://doi.org/10.1300/J074v12n03 06

Ivezaj, V., & Grilo, C. M. (2018). The Complexity of Body Image Following Bariatric Surgery: A Systematic Review of the Literature. *Obesity Reviews*, 19(8), 1116-1140. https://doi.org/10.1111/obr.12685

Karvonen-Gutierrez, C., & Kim, C. (2016). Association of Mid-Life Changes in Body Size, Body Composition and Obesity Status with the Menopausal Transition. *Healthcare*, *4*(3), 42. https://doi.org/10.3390/healthcare4030042

Keirns, N. G., & Hawkins, M. A. W. (2019). Intuitive Eating, Objective Weight Status and Physical Indicators of Health. *Obesity Science & Practice*, *5*(5), 408-415. https://doi.org/10.1002/osp4.359

Kolotkin, R. L., & Andersen, J. R. (2017). A Systematic Review of Reviews: Exploring the Relationship between Obesity, Weight Loss and Health-related Quality of Life. *Clinical Obesity*, 7(5), 273-289. https://doi.org/10.1111/cob.12203

Krieger, J. W., Sitren, H. S., Daniels, M. J., & Langkamp-Henken, B. (2006). Effects of Variation in Protein and Carbohydrate Intake on Body Mass and Composition during Energy Restriction:

A Meta-regression. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 83(2), 260-274.

https://doi.org/10.1093/ajcn/83.2.260

Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2010). Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation. *Eating Disorders*, *19*(1), 49-61. https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533605

Laederach, K., Durrer, D., Gerber, P., & Pataky, Z. (2016). *Consensus du traitement de l'obésité 2016*. Association Suisse pour l'Etude du Métabolisme et de l'Obésité (ASEMO). https://www.sgedssed.ch/fileadmin/user\_upload/1\_ueber\_uns/15\_ASEMO/2017\_05\_30\_consensus\_FINAL\_FR.pdf

Le GROS. (2021). G.R.O.S. - Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids. https://www.gros.org

Leske, S., Strodl, E., & Hou, X.-Y. (2012). A Qualitative Study of the Determinants of Dieting and Non-dieting Approaches in Overweight/Obese Australian Adults. *BMC Public Health*, 12(1), 1086. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1086

Lewis, D. M., & Cachelin, F. M. (2001). Body Image, Body Dissatisfaction, and Eating Attitudes in Midlife and Elderly Women. *Eating Disorders*, 9(1), 29-39. https://doi.org/10.1080/106402601300187713

Lewis, S., Thomas, S. L., Hyde, J., Castle, D., Blood, R. W., & Komesaroff, P. A. (2010). «I don't Eat a Hamburger and Large Chips Every Day! » A Qualitative Study of the Impact of Public Health Messages about Obesity on Obese Adults. *BMC Public Health*, *10*(1), 309. https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-309

Lincoln, Yvonna S. & Guba, Egon G. (1985). Naturalistic inquiry. Sage Publications.

Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W., Rupp, C. I., Kemmler, G., Pope, H. G., & Kinzl, J. (2013). The Menopausal Transition-A Possible Window of Vulnerability for Eating Pathology. *International Journal of Eating Disorders*, *46*(6), 609-616. https://doi.org/10.1002/eat.22157

Mbarga, J. (2015). Femmes et gynécologues dans le champ de la ménopause. *Revue Médicale Suisse*, *11*, 1815-1817. https://www.revmed.ch/view/534008/4320154/RMS 488 1815.pdf

Michie, S., Ashford, S., Sniehotta, F. F., Dombrowski, S. U., Bishop, A., & French, D. P. (2011). A Refined Taxonomy of Behaviour Change Techniques to Help People Change their Physical Activity and Healthy Eating Behaviours: The CALO-RE Taxonomy. *Psychology & Health*, 26(11), 1479-1498. https://doi.org/10.1080/08870446.2010.540664

Ordonnance du Conseil Fédéral du 20 septembre 2013 relative à la recherche sur l'être humain à l'exception des essais cliniques (= ORH; RS 810.30), (2018).

https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20121177/index.html

Péneau, S., Ménard, E., Méjean, C., Bellisle, F., & Hercberg, S. (2013). Sex and Dieting Modify the Association between Emotional Eating and Weight Status. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 97(6), 1307-1313. https://doi.org/10.3945/ajcn.112.054916

Pilitsi, E., Farr, O. M., Polyzos, S. A., Perakakis, N., Nolen-Doerr, E., Papathanasiou, A.-E., & Mantzoros, C. S. (2019). Pharmacotherapy of Obesity: Available Medications and Drugs under Investigation. *Metabolism Clinical and Experimental*, 92, 170-192. https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.10.010

Polivy, J., & Herman, C. P. (2004). Sociocultural Idealization of Thin Female Body Shapes: An Introduction to the Special Issue on Body Image and Eating Disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1), 1-6. https://doi.org/10.1521/jscp.23.1.1.26986

Polivy, J., Herman, C. P., & Coelho, J. S. (2008). Caloric restriction in the presence of attractive food cues: External cues, eating, and weight. *Physiology & Behavior*, *94*(5), 729-733. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2008.04.010

Polivy, J., Herman, C. P., & Mills, J. S. (2020). What is Restrained Eating and How do we Identify it? *Appetite*, *155*(104820), 1-13. https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104820

Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*, 17(5), 941-964. https://doi.org/10.1038/oby.2008.636

Putterman, E., & Linden, W. (2004). Appearance Versus Health: Does the Reason for Dieting Affect Dieting Behavior? *Journal of Behavioral Medicine*, 27(2), 185-204. https://doi.org/10.1023/B:JOBM.0000019851.37389.a7

Quick, V. M., & Byrd-Bredbenner, C. (2012). Weight Regulation Practices of Young Adults. Predictors of Restrictive Eating. *Appetite*, *59*, 425-430. http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2012.06.004

Rodin, J., Silberstein, L., & Striegel-Moore, R. (1984). Women and Weight: A Normative Discontent. *Nebraska Symposium on Motivation*, 32, 267-307.

Ryan, D. H., & Yockey, S. R. (2017). Weight Loss and Improvement in Comorbidity: Differences at 5%, 10%, 15%, and Over. *Current Obesity Reports*, 6(2), 187-194. https://doi.org/10.1007/s13679-017-0262-y

Sandelowski, M. (2000). Focus on Research Methods: Whatever Happened to Qualitative Description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340. https://doi.org/doi: 10.1002/1098-240x(200008)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g

Sandelowski, M. (2010). What's in a Name? Qualitative Description Revisited. Research in

Nursing & Health, 33(1), 77-84. https://doi.org/10.1002/nur.20362

Schaefer, J. T., & Magnuson, A. B. (2014). A Review of Interventions that Promote Eating by Internal Cues. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *114*, 734-760. http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2013.12.024

Schaumberg, K., Anderson, D. A., Anderson, L. M., Reilly, E. E., & Gorrell, S. (2016). Dietary Restraint: What's the Harm? A Review of the Relationship between Dietary Restraint, Weight Trajectory and the Development of Eating Pathology. *Clinical Obesity*, *6*(2), 89-100. https://doi.org/10.1111/cob.12134

Schwartz, G. E. (1975). Biofeedback, Self-regulation, and the Patterning of Physiological Processes. *American Scientist*, 63(3), 314-324.

Semlitsch, T., Stigler, F. L., Jeitler, K., Horvath, K., & Siebenhofer, A. (2019). Management of Overweight and Obesity in Primary Care—A Systematic Overview of International Evidence-based Guidelines. *Obesity Reviews*, *20*(9), 1218-1230. https://doi.org/10.1111/obr.12889

Service de la statistique. (2013a, 2020). *District de la Broye—Espace et environnement*. Etat de

http://appl.fr.ch/stat\_statonline/portrait/etape2.asp?Contexte=2&Domaine=55&Liste=55

Service de la statistique. (2013b, 2020). District de la Broye—Vie active et rémunération du travail. Etat de Fribourg.

http://appl.fr.ch/stat statonline/portrait/etape2.asp?Contexte=2&Domaine=81&Liste=81

Service de la statistique. (2019, 2021). *District de la Broye—Population*. Etat de Fribourg. http://appl.fr.ch/stat\_statonline/portrait/etape2.asp?Reference=2

Shapses, S. A., & Riedt, C. S. (2006). Bone, Body Weight, and Weight Reduction: What Are the Concerns? *The Journal of Nutrition*, 136(6), 1453-1456. https://doi.org/10.1093/jn/136.6.1453

Siahpush, M., Tibbits, M., Shaikh, R. A., Singh, G. K., & Kessler, A. S. (2015). Dieting Increases the Likelihood of Subsequent Obesity and BMI Gain: Results from a Prospective Study of an Australian National Sample. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22, 662-671. https://doi.org/DOI 10.1007/s12529-015-9463-5

Slade, E., Keeney, E., Mavranezouli, I., Dias, S., Fou, L., Stockton, S., Saxon, L., Waller, G., Turner, H., Serpell, L., Fairburn, C. G., & Kendall, T. (2018). Treatments for Bulimia Nervosa:

A Network Meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(16), 2629-2636. https://doi.org/10.1017/S0033291718001071

Slade, P. D. (1994). What is Body Image? Behaviour Research and Therapy, 32(5), 497-502.

https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90136-8

Slevec, J. H., & Tiggemann, M. (2011). Predictors of Body Dissatisfaction and Disordered Eating in Middle-aged Women. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 515-524. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.12.002

Spahlholz, J., Baer, N., König, H.-H., Riedel-Heller, S. G., & Luck-Sikorski, C. (2016). Obesity and Discrimination—A Systematic Review and Meta-analysis of Observational Studies. *Obesity Reviews*, *17*(1), 43-55. https://doi.org/10.1111/obr.12343

Speakman, J. R., Levitsky, D. A., Allison, D. B., Bray, M. S., de Castro, J. M., Clegg, D. J., Clapham, J. C., Dulloo, A. G., Gruer, L., Haw, S., Hebebrand, J., Hetherington, M. M., Higgs, S., Jebb, S. A., Loos, R. J. F., Luckman, S., Luke, A., Mohammed-Ali, V., O'Rahilly, S., ... Westerterp-Plantenga, M. S. (2011). Set Points, Settling Points and some Alternative Models: Theoretical Options to Understand how Genes and Environments Combine to Regulate Body Adiposity. *Disease Models & Mechanisms*, *4*(6), 733-745. https://doi.org/10.1242/dmm.008698

Sweerts, S. J., Romo, L., Gonthier, C., & Fouques, D. (2020). Overweight or Obesity Management by Therapists of the Obesity and Overweight Think Thank Group (G.R.O.S.). Pilot Study Comparing its Effects with Standard Nutritional Management. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 70(100522), 1-7. https://doi.org/10.1016/j.erap.2020.100522

Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. N., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty:* Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. American Psychological Association.

Thompson, J. K., & Stice, E. (2001). Thin-Ideal Internalization: Mounting Evidence for a New Risk Factor for Body-Image Disturbance and Eating Pathology. *Current Directions in Psychological Science*, *10*(5), 181-183. https://doi.org/10.1111/1467-8721.00144

Tiggemann, M. (2011). Sociocultural Perspectives on Human Appearance and Body Image. In T. F. Cash & L. Smolak (Éds.), *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2nd éd., p. 12-18). The Guilford Press.

Tribole, E., & Resch, E. (2012). *Intuitive Eating: A Revolutionary Program that Works.* (3rd éd.). St. Martin's Press.

Tylka, T. L. (2006). Development and Psychometric Evaluation of a Measure of Intuitive Eating. *Journal of Counseling Psychology*, *53*(2), 226-240. https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.2.226

Tylka, T. L. (2011). Positive Psychology Perspectives on Body Image. In T. F. Cash & L.

Smolak (Éds.), *Body Image : A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2nd éd., p. 39-46). The Guilford Press.

Tylka, T. L., Calogero, R. M., & Daníelsdóttir, S. (2019). Intuitive Eating is Connected to Self-reported Weight Stability in Community Women and Men. *Eating Disorders*, *28*(3), 256-264. https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1580126

Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale–2: Item Refinement and Psychometric Evaluation with College Women and Men. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 137-153. https://doi.org/10.1037/a0030893

van den Berg, P., Thompson, J. K., Obremski-Brandon, K., & Coovert, M. (2002). The Tripartite Influence Model of Body Image and Eating Disturbance. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 1007-1020. https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00499-3

Van Dyke, N., & Drinkwater, E. J. (2014). Relationships between Intuitive Eating and Health Indicators: Literature Review. *Public Health Nutrition*, 17(8), 1757-1766. https://doi.org/10.1017/S1368980013002139

Warren, J. M., Smith, N., & Ashwell, M. (2017). A Structured Literature Review on the Role of Mindfulness, Mindful Eating and Intuitive Eating in hanging Eating Behaviours: Effectiveness and Associated Potential Mechanisms. *Nutrition Research Reviews*, 30(2), 272-283. https://doi.org/10.1017/S0954422417000154

Weinberger, N.-A., Kersting, A., Riedel-Heller, S. G., & Luck-Sikorski, C. (2016). Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity Facts*, 9(6), 424-441. https://doi.org/10.1159/000454837

Weinheimer, E. M., Sands, L. P., & Campbell, W. W. (2010). A systematic Review of the Separate and Combined Effects of Energy Restriction and Exercise on Fat-free Mass in Middle-aged and Older Adults: Implications for Sarcopenic Obesity. *Nutrition Reviews*, 68(7), 375-388. https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2010.00298.x

Zemp, E., & Dratva, J. (2010). Santé sexuelle: Variabilités en Suisse et en Europe. *Revue Médicale Suisse*, 6, 1433-1437. https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-257/sante-sexuelle-variabilites-en-suisse-et-en-europe

Zermati, J.-P. (2011). Maigrir sans régime (2e éd.). Odile-Jacob.

# 9 Annexes

# 9.1 Annexe 1 : Flyer d'information pour les participantes

MASTER EN SCIENCES DE LA SANTÉ DE LA HAUTE ÉCOLE SPÉCIALISÉE DE SUISSE OCCIDENTALE (HES-SO)

Haute École de Santé de Genève - Filière Nutrition et diététique

En collaboration avec le Centre Métabolique de l'Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB)

#### Barrières et facilitateurs de l'alimentation intuitive en lien avec l'image corporelle

**Étudiante Master**: Jeanne Vorlet, diététicienne dipl. HES au Centre Métabolique de l'Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB)

**Supervision de l'étude :** Prof. Isabelle Carrard, Filière Nutrition et diététique, Haute école de santé Genève (HES-SO)

Médecin responsable sur le site du HIB : Dr Frédéric Tâche

#### Recherche de participantes pour un projet de recherche de Master

Pour un projet de recherche, nous recherchons des femmes entre 55 et 65 ans, en postménopause et surcharge pondérale, suivies au Centre Métabolique selon l'approche de l'alimentation intuitive, avec une bonne compréhension et locution de la langue française.

But de l'étude : nous souhaitons décrire les barrières et facilitateurs de l'alimentation intuitive chez des femmes en post-ménopause et en surcharge pondérale. Il s'agit également d'explorer l'impact de la satisfaction corporelle sur la mise en pratique d'une alimentation intuitive. L'alimentation intuitive est définie par le fait de manger selon ses signaux physiques de faim et de satiété.

**Déroulement et durée de l'étude**: la participation à l'étude implique un entretien individuel d'une durée maximale de 1h30 avec Jeanne Vorlet, dans un lieu à votre convenance. Vous y serez invitée à parler de votre relation à la nourriture et de votre comportement alimentaire, de vos expériences à manger selon votre sensation de faim et de satiété ainsi que de votre satisfaction corporelle.

**Accord oral**: en donnant votre accord oral à votre thérapeute, vous acceptez de recevoir un appel téléphonique de la part de Jeanne Vorlet, durant lequel elle vous expliquera les modalités du projet et répondra à vos questions. Vous serez libre d'accepter ou de refuser la participation au projet. Si vous acceptez de participer au projet, Jeanne Vorlet conviendra avec vous d'une date et d'un lieu d'entretien à votre convenance et vous recevrez une feuille d'information et de déclaration de consentement par courriel.

Toutes les données seront traitées de manière *confidentielle*. Vous pourrez à tout moment vous retirer de l'étude si vous le souhaitez et vos données personnelles seront détruites.

La participation à l'étude ne procure **aucun bénéfice**. Les éventuels frais de transports vous seront remboursés.

En cas de **questions**, vous pouvez vous adresser à la diététicienne dipl. HES et étudiante Master : Jeanne Vorlet, Service Nutrition, Hôpital Intercantonal de la Broye, Rue des Rochettes, 1470 Estavayer-Le-Lac ; jeanne.vorlet@master.hes-so.ch.

# 9.2 Annexe 2 : Fichier d'information et de consentement éclairé

# Barrières et facilitateurs de l'alimentation intuitive en lien avec l'image corporelle

Quels sont les barrières et facilitateurs de l'alimentation intuitive, en tenant compte de l'influence de l'image corporelle, chez des femmes en post-ménopause et surcharge pondérale : étude qualitative descriptive

Cette étude est organisée par : la Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), en collaboration avec la Haute École de Santé de Genève (HEdS-GE) et l'Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB). L'étude est menée par la diététicienne dipl. HES et étudiante Master, Jeanne Vorlet, et supervisée par la Professeure Isabelle Carrard.

#### Madame,

Nous vous proposons de participer à notre projet de recherche. Cette feuille d'information décrit le projet de recherche.

#### Information détaillée

## 1. Objectifs de l'étude

Cette étude doit nous permettre de décrire les barrières et facilitateurs de l'alimentation intuitive chez des femmes en post-ménopause et en surcharge pondérale. Il s'agit également d'explorer l'impact de l'image corporelle sur la mise en pratique d'une alimentation intuitive. L'alimentation intuitive est définie par l'écoute et le respect des signaux physiques de faim et de satiété. Elle permet donc de manger selon ses sensations alimentaires de faim et de satiété, de choisir les aliments pour sa santé et sa satisfaction alimentaire, sans utiliser l'alimentation pour faire face aux émotions par exemple.

## 2. Sélection des personnes pouvant participer à l'étude

La participation est ouverte à toutes les personnes qui souffrent de surcharge pondérale et qui sont suivies ou ont été suivies au HIB selon l'approche de l'alimentation intuitive. Les personnes doivent en outre avoir entre 55 et 65 ans ; être de sexe féminin ; avoir un indice de masse corporelle ≥25kg/m²; être suivi au Centre Métabolique par un-e diététicien-ne et avoir bénéficié d'une thérapie en individuel ou en groupe selon l'approche de l'alimentation intuitive ; être capable d'une bonne compréhension et locution en langue française.

Elle est en revanche fermée aux personnes qui ont bénéficié d'une chirurgie bariatrique; diagnostiquées d'une anorexie mentale, une boulimie, ou d'accès hyperphagiques; sous traitement de Saxenda. Sont également exclues de l'étude les personnes refusant l'enregistrement de l'entretien et qui ont été suivies en consultation diététique par la diététicienne dipl. HES et étudiante Master menant l'étude, Jeanne Vorlet.

## 3. Informations générales sur l'étude

- Cette étude se déroule au Centre Métabolique de l'Hôpital Intercantonal de la Broye, dans le cadre du Travail de Master de la diététicienne dipl. HES, Jeanne Vorlet.
- Il s'agit d'une étude basée sur des entretiens individuels autour du comportement alimentaire et de l'image corporelle. Aucune intervention ne sera proposée dans le cadre de cette étude. Les informations récoltées durant l'étude se baseront sur les récits des participantes.
- Au total, six participantes seront recrutées pour participer à ces entretiens. Chaque participante participera à un seul entretien durant toute la durée de l'étude.
- Les entretiens seront enregistrés avec un enregistreur vocal, afin de permettre la transcription des réponses données, par l'étudiante Master, dans la semaine suivant chaque entrevue. Ces enregistrements et transcriptions seront conservés sur un

ordinateur du HIB le temps du projet. Ils seront uniquement accessibles par l'étudiante Master. Une fois tous les enregistrements transcrits, l'étudiante procèdera à l'analyse des données. A la fin de l'étude, prévue en juin 2021, les enregistrements seront détruits et les données personnelles et transcriptions seront archivées dans le système informatique de la HEdS-GE durant une période de 10 ans.

Nous effectuons cette étude dans le respect des prescriptions de la législation suisse. Nous suivons en outre l'ensemble des directives reconnues au niveau international. La commission cantonale d'éthique compétente a contrôlé et autorisé l'étude.

#### 4. Déroulement pour les participantes

- Vous êtes invitée à participer à un entretien individuel avec l'étudiante Master et diététicienne dipl. HES au Centre Métabolique, Jeanne Vorlet, pour parler de votre relation à la nourriture et de votre comportement alimentaire, ainsi que de votre image corporelle.
- L'entretien aura lieu dans un endroit à votre convenance. Si souhaité, une salle de consultation est également à disposition au Centre Métabolique d'Estavayer-Le-Lac. L'entretien durera entre 1h et 1h30. Le temps nécessaire sera pris avant le début de l'entretien pour répondre à vos questions et pour réceptionner le présent consentement signé.
- Aucune intervention ni examen ne sera effectué dans le cadre de cette étude.

#### 5. Bénéfices pour les participantes

Votre participation à cette étude ne vous apportera aucun bénéfice. En participant à l'étude, cela vous mènera à une réflexion autour de votre comportement alimentaire et de votre image corporelle. Cela pourra éventuellement vous aider à mieux comprendre votre relation à l'alimentation. Les résultats de l'étude pourraient se révéler importants par la suite pour la prise en charge de personnes en surcharge pondérale et ayant des difficultés avec leur comportement alimentaire.

#### 6. Droits des participantes

Votre participation est entièrement libre. Si vous choisissez de ne pas participer ou si vous choisissez de participer et revenez sur votre décision pendant le déroulement de l'étude, vous n'aurez pas à justifier votre refus. Cela ne changera rien à votre prise en charge habituelle au Centre Métabolique. Vous pouvez à tout moment poser toutes les questions nécessaires au sujet de l'étude. Veuillez-vous adresser pour ce faire à la personne indiquée à la fin de la présente feuille d'information.

## 7. Obligations des participantes

En tant que participante à l'étude, vous serez tenue de vous conformer aux modalités de l'étude.

#### 8. Risques et contraintes pour les participantes

- La contrainte principale liée à l'étude est le temps que nous vous demandons d'investir pour l'entrevue et le déplacement à l'endroit prévu à votre convenance.
- Il existe le risque d'aborder des sujets sensibles à vos yeux, ayant traits à votre comportement alimentaire ou votre image corporelle. Vous n'aurez aucune obligation d'aborder ces sujets et pourrez le communiquer à tout moment à l'étudiante Master durant l'entrevue.

#### 9. Confidentialité des données et des échantillons

Pour les besoins de l'étude, vos données personnelles seront enregistrées. Seul l'étudiante Master pourra consulter vos données sous une forme non codée, et exclusivement afin de pouvoir accomplir des tâches nécessaires au déroulement du projet. De ce fait, le nom des participantes sera connu uniquement par l'étudiante et ne sera pas communiqué aux autres

professionnels du HIB, de la HES-SO et de la HEdS-GE. Les données recueillies à des fins de recherche sont codées lors de leur retranscription par l'étudiante Master. Le codage signifie que toutes les données permettant de vous identifier (p. ex. le nom, la date de naissance, etc.) sont remplacées par un code (ex. P1 pour participante n°1). Le code reste sauvegardé en permanence dans un document verrouillé et accessible uniquement par l'étudiante. Les personnes ne connaissant pas ce code ne peuvent pas lier ces données à votre personne. De plus, lors de l'analyse des données, toute information pouvant permettre votre identification par des tierces personnes sera effacée.

Dans le cas d'une publication, les données agrégées ne vous sont donc pas imputables en tant que personne. Votre nom n'apparaîtra jamais sur Internet ou dans une publication. Parfois, les journaux scientifiques exigent la transmission de données individuelles (données brutes). Si des données individuelles doivent être transmises, elles sont toujours codées et ne permettent donc pas de vous identifier en tant que personne. Toutes les personnes impliquées dans l'étude de quelque manière que ce soit sont tenues au secret professionnel. Toutes les directives relatives à la protection des données sont respectées et vous avez à tout moment le droit de consulter vos données.

Durant son déroulement, l'étude peut faire l'objet d'inspections. Celles-ci peuvent être effectuées par la commission d'éthique qui s'est chargée de son contrôle initial et l'a autorisé. Il se peut que l'étudiante Master doive communiquer vos données personnelles pour les besoins de ces inspections.

#### 10. Retrait de d'étude

Vous pouvez à tout moment vous retirer de l'étude si vous le souhaitez. Les données personnelles recueillies jusque-là seront détruites et ne pourront pas être utilisées par l'étudiante Master, ni dans le cadre du projet, ni dans son cadre professionnel.

## 11. Compensation des participantes

Si vous participez à cette étude, vous ne recevrez pour cela aucune compensation. Les éventuels frais de transport vous seront remboursés. Votre participation n'aura aucune conséquence financière pour vous ou votre assurance maladie.

#### 12. Réparation des dommages subis

Ce projet ne comporte aucune intervention invasive, il présente donc très peu de risques. L'Hôpital Intercantonal de la Broye est responsable des dommages que vous pourriez subir en relation avec les activités de recherche (entretiens). Les conditions et la procédure sont fixées par la loi. Si vous avez subi un dommage, veuillez-vous adresser à l'étudiante Master.

#### 13. Financement de l'étude

L'étude s'inscrit dans un Travail de Master à la Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, en collaboration avec la Haute École de Santé de Genève et l'Hôpital Intercantonal de la Broye et n'est financée par aucun organisme.

## 14. Interlocutrices

En cas de doute, de craintes ou de questions pendant ou après l'étude, vous pouvez vous adresser à tout moment à l'étudiante Master et / ou à sa superviseure :

Étudiante Master : Jeanne Vorlet, Service Nutrition, Hôpital Intercantonal de la Broye, Rue des Rochettes, 1470 Estavayer-Le-Lac ; jeanne.vorlet@master.hes-so.ch.

Superviseure : Isabelle Carrard, Filière Nutrition et diététique, Haute école de santé Genève (HES-SO), Rue des Caroubiers 25, 1227 Carouge ; isabelle.carrard@hesge.ch.

# Déclaration de consentement écrite pour la participation à un projet de recherche

Veuillez lire attentivement ce formulaire. N'hésitez pas à poser des questions lorsque vous ne comprenez pas quelque chose ou que vous souhaitez avoir des précisions.

Numéro BASEC de l'étude :	2020-01896
Titre de l'étude :	Quels sont les barrières et facilitateurs de l'alimentation intuitive, en tenant compte de l'influence de l'image corporelle, chez des femmes en post-ménopause et surcharge pondérale : étude qualitative descriptive
Institution responsable :	Hôpital Intercantonal de la Broye, Rue des Rochettes, 1470 Estavayer-Le-Lac  Haute École de Santé de Genève, Filière Nutrition et Diététique, Rue des Caroubiers 25, 1227 Carouge
Lieu de réalisation de l'étude :	Hôpital Intercantonal de la Broye
Médecin responsable du projet sur le site :	Dr Frédéric Tâche
Participant / participante :  (nom et prénom en caractères d'imprimerie) :  Date de naissance :	
	☐ femme ☐ homme

- Je déclare avoir été informée, par l'étudiante Master soussignée, oralement et par écrit, des objectifs et du déroulement de l'étude ainsi que des effets présumés, des avantages, des inconvénients possibles et des risques éventuels.
- Je prends part à cette étude de façon volontaire et j'accepte le contenu de la feuille d'information qui m'a été remise sur l'étude précitée. J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.
- J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation à l'étude. Je conserve la feuille d'information et reçois une copie de ma déclaration de consentement écrite.
- J'accepte que les spécialistes de la Commission d'éthique compétente ainsi que les superviseurs de l'étude, puissent consulter mes données brutes afin de procéder à des contrôles, à condition toutefois que la confidentialité de ces données soit strictement assurée.
- J'accepte que l'entretien avec l'étudiante Master soit enregistré par enregistreur vocal.
- Je sais que mes données personnelles peuvent être transmises à des fins de recherche dans le cadre de ce projet uniquement et sous une forme codée. Celles-ci seront archivées à la HEdS-GE à la fin de l'étude pour une durée de 10 ans.

- Je peux, à tout moment et sans avoir à me justifier, révoquer mon consentement à participer à l'étude, sans que cela n'ait de répercussion défavorable sur la suite de ma prise en charge au HIB.
- Je suis informée que la responsabilité civile de l'hôpital couvre les dommages éventuels que je pourrais subir imputables au projet.

Lieu, date	Signature de la participante

Attestation de l'étudiante Master: Par la présente, j'atteste avoir expliqué à la participante la nature, l'importance et la portée de l'étude. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec ce projet conformément au droit en vigueur. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation du projet, d'éléments susceptibles d'influer sur le consentement de la participante à prendre part au projet, je m'engage à l'en informer immédiatement.

Lieu, date	Jeanne Vorlet
	Signature de l'étudiante Master

## 9.3 Annexe 3 : Guide d'entretien semi-structuré

#### QUESTIONS CONCERNANT LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

- Depuis combien de temps êtes-vous suivie au Centre Métabolique d'Estavayer-le-Lac ?
   Quel·le·s thérapeutes avez-vous rencontré au Centre Métabolique ?
  - 1.1. Comment décidez-vous quand il faut manger ? Et quand il faut s'arrêter de manger ? (Spécifier si besoin : Est-ce que vous suivez parfois votre faim et votre satiété ?)
  - 1.2. A quel point faites-vous confiance à votre corps pour vous dire quand, quoi et combien manger?
  - 1.3. A quoi faites-vous attention lors de vos choix alimentaires ? Qu'est-ce qui est important pour vous ?
  - 1.4. Y a t-il des aliments que vous évitez de manger ? Si oui, pour quelles raisons ? Comment vous sentez-vous lorsque vous consommez tout de même ces aliments ?
  - 1.5. Suivez-vous des règles alimentaires qui vous aide ?
  - 1.6. Cela vous arrive-t-il de manger pour apaiser vos émotions (ex. : ennui, tristesse, colère, frustration, stress, angoisse...) ? Si oui, comment cela se manifeste-t-il ?
  - 1.7. Que pense votre entourage de vos habitudes alimentaires (remarques, commentaires...) ? Quelle influence cela a t-il sur votre manière de manger ? Quel soutien obtenez-vous de votre entourage pour votre gestion alimentaire ?
  - 1.8. Vos habitudes alimentaires et votre manière de manger ont elles changé ces dernières années ? Si oui, de quelle manière et pour quelles raisons ?
- 2. Selon vous, qu'est-ce qui vous aide à gérer votre comportement alimentaire (spécifier) ? Et qu'est-ce qui rend difficile la gestion de votre comportement alimentaire (spécifier) ?
- 3. De quoi auriez-vous besoin pour mieux gérer votre comportement alimentaire (spécifier)?

## QUESTIONS CONCERNANT L'IMAGE CORPORELLE

- 4. Est-ce que votre poids corporel vous préoccupe ?
  - 4.1. Quelles sont, pour vous, les motivations les plus importantes de gérer votre poids ?
  - 4.2. Racontez-moi ce qu'il se passe, lorsque vous voyez ou sentez que votre poids augmente / diminue ? Comment cela influence-t-il votre vie (ex. : humeur, satisfaction corporelle, alimentation) ?
- 5. Est-ce que votre apparence physique vous préoccupe ? Pour quelles raisons ?
  - 5.1. Qu'est-ce qui, pour vous, influence votre image corporelle (ex. : média, entourage, société ...) ?
  - 5.2. Que faites-vous pour avoir une apparence physique qui vous plaise?
  - 5.3. Que faites-vous pour prendre soin de votre corps ?

- 5.4. Que pense votre entourage de votre apparence physique (remarques de famille, amis, collègues)? Comment cela vous impacte-t-il (positivement ou négativement)? A quel point cela influence t'il votre manière de vous percevoir?
- 6. Comment les préoccupations liées à votre poids corporel et / ou à votre image corporelle ont elles évoluées depuis ces dernières années ?
  - 6.1. A quel point cela a-t-il eu une influence sur votre manière de manger?
- 7. Souhaitez-vous ajouter / préciser quelque chose à cet entretien ?

## Questions sociodémographiques :

- Quel est votre état civil ?
- Avez-vous des enfants ? Si oui, combien et quel âge ont-ils ?
- Quel est votre statut professionnel?
- Quelle est votre formation ?
- Quel est votre poids et votre taille actuellement ?

# 9.4 Annexe 4 : Convention de collaboration entre le CM du HIB et la HEdS-GE





# Convention de collaboration entre :

L'Hôpital Intercantonal de la Broye Site d'Estavayer-Le-Lac Service Nutrition Rue des Rochettes 1470 Estavayer-Le-Lac ci-après désignés par le HIB

et

Haute école de santé de Genève Filière Nutrition et diététique Rue des Caroubiers 25 1227 Carouge ci-après désignée par la HEdS-GE

HEdS-Genève Haute école de santé Genève 47, av. de Champel 1206 Genève +41 22 388 56 14

rad.heds@hesge.ch www.hesge.ch/heds



#### 1. But et cadre de la convention :

La présente convention a pour but de définir les modalités de collaboration entre le HIB et la HEdS-GE dans le cadre de la réalisation du Travail de Master de la diététicienne et étudiante MSc SA, Jeanne Vorlet, intitulé « Quels sont les barrières et facilitateurs de l'alimentation intuitive, en tenant compte de l'influence de l'image corporelle, chez des femmes en post-ménopause et surcharge pondérale : étude qualitative descriptive ».

Ce travail s'inscrit dans une recherche qualitative descriptive. Cinq entrevues individuelles seront menées avec cinq femmes consultant le Centre Métabolique du HIB, âgées de 55 à 65 ans et en surcharge pondérale. Le recrutement des participantes se fera par un échantillonnage de convenance. Les participantes devront signer un consentement éclairé au préalable. Le présent projet est soumis à la commission d'éthique du canton de Vaud.

L'objectif de ce projet est de décrire et de comprendre les barrières et facilitateurs de l'alimentation intuitive de femmes en post-ménopause et en surcharge pondérale. Il s'agit également d'explorer l'influence de l'image corporelle sur la mise en pratique d'une alimentation intuitive chez ces femmes. Les résultats ne seront pas généralisables. Ils aideront toutefois les thérapeutes du Centre Métabolique du HIB à mieux encadrer de futures patientes montrant des difficultés avec l'alimentation intuitive et leur image corporelle. En tant que projet pilote, ce travail peut également servir à identifier des variables, qui pourraient être utilisées dans des études quantitatives, afin de générer des résultats généralisables autour de la relation entre alimentation intuitive et image corporelle des femmes.

# 2. Personne responsable pour le HIB:

Dr Frédéric Tâche, Médecin chef Mr Patrick Goller, Directeur des soins

# 3. Personne responsable pour la HEdS-GE:

Madame Isabelle Carrard, professeur associée, filière Nutrition et Diététique

#### 4. Clause de confidentialité :

Les signataires garantissent la pleine confidentialité des données échangées dans le cadre de cette recherche.

## 5. Conditions financières et facturation

Les parties à cette convention de collaboration se concertent pour la communication (média, réseaux sociaux, partenaires) liée à ce projet.

En ce qui concerne les publications scientifiques, l'ensemble des droits de propriété intellectuelle du projet appartiennent conjointement à la HEdS-GE et au HIB. Les publications seront réalisées par la HEdS-GE et le HIB. En tant que superviseuse, pour au moins une publication, Isabelle Carrard sera placée en dernier auteur.

Aucun financement n'est prévu pour la réalisation de ce projet. Les procédures de recrutement, les entrevues et l'analyse des données récoltées seront effectuées en dehors des heures de travail de la diététicienne et étudiante MSc SA, Jeanne Vorlet. Les participantes au projet ne recevront aucun dédommagement.

#### 6. Assurance

Il s'agit d'un projet de recherche de catégorie A au sens de l'Ordonnance relative à la recherche humaine (ORH). En cas de dommages ou de blessures liés au projet, le promoteur (HIB) est responsable, à l'exception des dommages qui ne sont que légers et temporaires, et dont l'ampleur n'est pas plus importante que ce à quoi on pourrait s'attendre dans l'état actuel des connaissances scientifiques (art. 12 ORH).

#### 7. Durée de la convention

La convention durera de septembre 2020 à juin 2021.

#### 8. For et droits applicables

Le présent contrat est soumis au droit suisse et le for de juridiction est Genève.

Fait à Genève, en double exemplaire.

Pour les HIB:

Date:

Dr Frédéric TÂCHE 907 - 1020 HIB - Service de Médecine

Dr Frédéric Tâche, Médecin chef

Médecin chef Tél. 026 664 71 26

Mr Patrick Goller, Directeur des soins

Jeanne Vorlet, diététicienne et étudiante MSCSA

Hôpital Intercantonal de la Broye Patrick Goller

Directeur des soins 1530 Payerne

Pour la HEdS-Genève :

Date:

Mme M.-L. Kaiser, Directrice

Mme Isabelle Carrard, Professeur associée