

Bachelor en Sciences Infirmières

Haute Ecole Arc Santé domaine Neuchâtel

**La perception de l'obésité par les infirmières
a-t-elle un impact sur les patients obèses
ainsi que sur la qualité des soins?**

Lydiane Sester

Directeur de travail: Olivier Schirlin

Juillet 2016

Table des matières

RÉSUMÉ	IV
REMERCIEMENT	VI
1 INTRODUCTION.....	1
1.1 NATURE DU TRAVAIL.....	2
1.2 PLAN DE TRAVAIL	3
2 PROBLÉMATIQUE.....	5
2.1 SURVENUE DE LA QUESTION DE DÉPART	6
2.2 PERTINENCE DE LA QUESTION DE DÉPART POUR LES SOINS INFIRMIERS	7
2.2.1 <i>Méta-paradigme infirmier (Fawcett, 1984)</i>	7
2.2.2 <i>Les modes de savoirs infirmiers (Carper, 1978)</i>	11
2.3 REVUE EXPLORATOIRE DE LITTÉRATURE.....	15
2.3.1 <i>Entretiens avec des professionnels</i>	15
2.3.2 <i>Définition de l'obésité et IMC</i>	17
2.3.3 <i>Mortalité et comorbidités</i>	19
2.3.4 <i>Impact économique de l'obésité</i>	20
2.3.5 <i>Politique suisse de lutte contre l'obésité</i>	20
2.3.6 <i>Traitement et prise en charge de l'obésité</i>	21
2.3.7 <i>Soins infirmiers et promotion de la santé</i>	21
2.3.8 <i>Représentations sociales</i>	23
2.3.9 <i>Service de chirurgie orthopédique</i>	24
2.3.10 <i>Rôle de l'infirmière en service de chirurgie</i>	25
2.3.11 <i>Concept de soi</i>	26
2.3.12 <i>La stigmatisation de l'obésité</i>	27

2.4	CONCEPTS RETENUS COMME PERTINENTS	29
2.5	PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE	29
3	CONCEPTS ET CHAMPS.....	31
3.1	CONCEPT DE L'OBÉSITÉ.....	32
3.2	CONCEPT DE L'ESTIME DE SOI	37
3.3	CONCEPT DE LA STIGMATISATION	41
3.4	LE MODÈLE INFIRMIER DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ DE NOLA PENDER.....	43
3.4.1	<i>Le modèle de promotion de la santé dans le contexte de l'obésité</i>	<i>45</i>
4	MÉTHODE	50
4.1	4.1 MÉTHODE PICOT	51
4.2	4.2 CRITÈRES DE SÉLECTION DES ARTICLES.....	52
5	SYNTHÈSE DES RÉSULTATS / DISCUSSION.....	55
5.1	DÉVELOPPEMENT DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC LA QUESTION PICOT	66
5.2	PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE	71
6	CONCLUSION	73
6.1	ÉLÉMENTS CONTRAIGNANTS ET FACILITANTS.....	74
6.2	LIMITES.....	75
6.3	PERSPECTIVES POUR LA RECHERCHE	76
7	RÉFÉRENCES.....	78
	ANNEXES.....	VIII

Résumé

Problématique

L'obésité est en constante augmentation dans les pays industrialisés avec des causes très diverses, pouvant être culturelles ou lié au mode de vie, ce qui en fait une problématique complexe. Cette maladie peut aussi avoir de nombreuses conséquences pour la santé (Organisation Mondiale de la Santé, 2015). De plus, cet état de santé favorise la stigmatisation, y compris dans le milieu médical (Zermati, Apfeldorfer, & Waysfeld, 2010). L'infirmière est quotidiennement confrontée à des patients souffrant d'obésité et doit être capable de les soigner sans préjugé.

Ainsi, le but de ce travail est de découvrir les attitudes des infirmières envers les patients obèses et de voir l'impact que cela peut avoir sur eux ainsi que sur la qualité des soins.

Concepts

Suite à la revue exploratoire, les concepts de l'estime de soi, de l'obésité et de la stigmatisation sont développés. Ils permettent de construire ce travail sur des bases théoriques solides.

Méthode

Afin de répondre à la question soulevée dans la problématique, nous avons effectué une recherche dans différentes bases de données telles que Pubmed et Cinhal. Après avoir effectué une sélection de sept articles basée sur leurs pertinences, nous les avons analysés à l'aide de la grille du Fortin.

Résultat

Les articles analysés confirment la présence d'attitudes stigmatisantes dans les services de soins. Ces attitudes ont des impacts sur le patient obèse, mais plus d'études sont nécessaires afin de pouvoir affirmer qu'il existe un lien entre les attitudes des infirmières et la diminution de la qualité des soins.

Mots clés

Nurse, health care, obesity, attitude, stigma, impact

Remerciement

Ce chapitre se présente au singulier car je tiens à remercier personnellement chaque personne qui, d'une manière ou d'autre, a contribué à ce travail.

Pour commencer, je souhaite adresser mes remerciements à mon directeur de Travail de Bachelor, Monsieur Olivier Schirlin, Professeur chargé d'enseignement HES, pour sa disponibilité, ses précieux commentaires et pour ses encouragements tout au long de la rédaction de ce travail.

Je voudrais aussi remercier les enseignants qui m'ont apporté des conseils quant à l'élaboration de ce dossier, en particulier Monsieur Pascal Comte et Madame Françoise Maire-Schwander, tous deux Professeurs chargés d'enseignement HES, qui ont su me rassurer lorsque je n'étais plus sûre de moi.

Je remercie également le personnel de la bibliothèque de la Haute Ecole Arc de Neuchâtel pour leurs renseignements, leurs recherches et leur collaboration. Leur disponibilité et leur amabilité ont été une aide précieuse.

Je désire remercier Philippe Ischer, mon oncle et infirmier chef d'unité de soins en chirurgie à l'hôpital de Pourtales et Laure-Aline Ischer, ma soeur et infirmière dans un service de chirurgie à l'hôpital d'Yverdon, qui ont pris du temps pour me fournir des informations sur leurs expériences auprès des

patients obèses. Leurs précieux renseignements m'ont permis de préciser ma recherche et d'avoir un regard sur la pratique clinique dans la région.

Je tiens à remercier ma famille, mes amis et mes camarades de classe pour leur soutien indéfectible, leur écoute et leurs encouragements à chaque étape de cet ouvrage. J'aimerais remercier en particulier Jean-Pierre et Marie-Claude Ischer, mes parents, ainsi que Julien et Laura Sester, mon beau-frère et ma belle-sœur, pour leur relecture et leurs critiques avisées.

Ce travail n'aurait pas pu être fourni sans l'aide inestimable de mon mari, Cyril Sester qui fut l'homme *presque* parfait durant toute l'élaboration de ce travail. Aucun mot ne serait suffisant pour lui exprimer ma reconnaissance. Sa patience, son écoute, ses remarques et ses encouragements quotidiens m'ont permis de mener ce travail dans les meilleures conditions.

Et pour finir, un grand merci à vous, lecteurs, pour votre intérêt sur le sujet et pour votre attention durant cette lecture.

Introduction

1.1 Nature du travail

C'est dans le cadre de la dernière année de formation en Bachelor of science HES-SO en soins infirmiers, qu'il nous est demandé de réaliser un Travail de Bachelor. Ce travail est composé d'une revue de littérature écrite et d'une soutenance orale. Les objectifs de ce travail sont d'une part de produire la synthèse d'un savoir théorique permettant de compléter le savoir actuel dans un domaine donné. D'autre part, il permet aux étudiants d'effectuer une consolidation de leurs savoirs préexistants et d'acquérir des compétences méthodologiques. Pour atteindre ces objectifs, ce travail consiste en l'élaboration d'un questionnement clinique personnel, en la recherche d'études scientifiques, grâce aux bases de données, en l'analyse pertinente de ceux-ci et de leurs résultats, afin d'en effectuer une comparaison et d'en distinguer les recommandations principales pour la pratique.

Ce travail de Bachelor traite des représentations de l'obésité qu'ont les infirmières et a pour but de découvrir l'influence que cela peut avoir sur les patients concernés. Nous portons un grand intérêt à cette thématique choisie car elle nous a interpellé dans nos propres représentations de manière positive. De plus, depuis le début de l'élaboration de ce travail, plusieurs situations de soins où une stigmatisation du patient obèse a eu lieu nous ont

été rapportées et ont confirmé que les milieux cliniques sont touchés par cette thématique.

1.2 Plan de travail

La structure de ce travail se décompose de la façon suivante: d'abord, nous exposons la problématique abordée dans le chapitre deux. Nous y expliquons la manière dont la question de départ est survenue, nous mettons en évidence le lien avec les soins infirmiers au travers des quatre concepts du méta paradigme infirmier (Fawcett, 1984) et des quatre modes de savoirs infirmiers (Carper, 1978). Nous y présentons également deux entretiens avec des professionnels ainsi que la revue exploratoire de littérature effectuée pour mieux cerner le sujet et identifier les principaux concepts liés à la thématique.

Nous développons dans le chapitre trois les concepts retenus comme pertinents, à savoir le concept de l'obésité, le concept de l'estime de soi et le concept de stigmatisation. Nous présentons également la théorie de soin de Nola Pender (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) qui fournit une base théorique en lien avec la promotion de la santé, domaine incontournable lors d'une prise en charge d'un patient souffrant d'obésité.

Le chapitre quatre décrit l'utilisation de la méthode PICOT utilisée pour définir clairement la question de recherche. Il apporte également des

précisions quant aux critères de sélection des articles ayant servi à l'analyse du sujet.

Nous présentons dans le cinquième chapitre une synthèse des nos résultats et discutons de l'intérêt pour la pratique clinique en amenant des propositions sur le plan de la formation infirmière.

Finalement, nous concluons ce travail en relevant les éléments facilitants et contraignants de celui-ci, les limites de cette étude ainsi que de nouvelles perspectives pour la recherche sur la thématique de l'obésité.

Problématique

2.1 Survenue de la question de départ

En consultant les sujets proposés pour ce travail, deux sujets ont retenu notre attention. Souhaitant faire le bon choix, nous avons pris le temps d'effectuer une large recherche sur les deux thèmes et notre choix s'est porté sur la thématique de l'obésité.

Nos premières recherches nous ont permis de prendre conscience de la complexité de cette maladie et du poids physique mais surtout psychologique que ces personnes portent constamment sur elles. Nous pensions simplement que toute personne pouvait perdre du poids en se prenant en main. Nous n'avions pas conscience des nombreux facteurs qui influencent leur situation et le cercle vicieux qui peut rapidement s'installer. Nos représentations sur la personne obèse ont très rapidement changé.

L'élément qui a retenu notre attention est la stigmatisation du poids dans les environnements de soins ; cela nous a permis de poser notre question de départ. Différents articles, notamment celui de Puhl (2009), mettent en avant que les personnes obèses sont perçues comme paresseuses et incapables de faire preuve d'autodiscipline par le personnel médical, y compris les infirmières.

De plus, en discutant de manière informelle de nos recherches avec une infirmière ayant travaillé plusieurs années en soins aigus, nos idées se

sont rejointes sur cette thématique de la représentation de l'obésité auprès des soignants.

La complexité de l'obésité ainsi que le manque d'informations concernant la stigmatisation des personnes obèses dans les soins font partie des éléments qui nous amènent à nous questionner par rapport à l'impact des stéréotypes dans la relation avec le patient obèse et la qualité des soins prodigués. De là découle la question de départ: *"La perception de l'obésité par les professionnels de la santé a-t-elle un impact sur ces patients ?"*

2.2 Pertinence de la question de départ pour les soins infirmiers

2.2.1 Méta-paradigme infirmier (Fawcett, 1984)

Les théories de soins sont fondées sur quatre concepts fondamentaux qui forment le méta-paradigme des soins infirmiers. C'est pourquoi il est pertinent pour la profession de développer le lien entre les quatre concepts et notre question de départ. Ceux-ci sont constitués de la personne, de la santé, de l'environnement et des soins infirmiers.

La personne

Selon Pepin, Kérouac & Ducharme (2010, p.41), *"La personne est un tout formé des diverses composantes biologique, psychologique, sociologique, culturelle et spirituelle, qui sont elles-mêmes en relation"*.

La personne a des croyances et de nombreuses valeurs sociales, politiques, culturelles et spirituelles. Elle a aussi des droits et des responsabilités vis à vis de sa santé. Elle peut exprimer ses attentes dans une relation de collaboration avec les infirmières.

Dans ce travail, la personne obèse est au centre du questionnement. Elle est la bénéficiaire des soins infirmiers. Chacune des composantes citées ci-dessus seront abordées, mais nous nous intéresserons particulièrement à la composante psychologique en lien avec l'estime de soi de la personne obèse et nous chercherons à savoir si le comportement de l'infirmière peut avoir une influence sur cet aspect.

La santé

L'ordre des Infirmières ou Infirmiers du Québec (OIIQ, 2010, p.9) décrit la santé comme: *"Un processus dynamique et continu dans lequel une personne (famille, groupe ou collectivité) aspire à un état d'équilibre favorisant son bien-être et sa qualité de vie."*

La santé est une notion subjective propre à chacun. La personne obèse a sa propre perception de son état de santé et va donc influencer la relation thérapeutique initiée par l'infirmière. Cette dernière va commencer par évaluer les besoins du patient pour ensuite mettre en place des interventions infirmières personnalisées.

Les besoins du patient peuvent être d'ordre physique dans le cas où il souffre de douleurs ou d'une comorbidité, mais pas seulement. L'infirmière devra probablement aussi intervenir sur le plan psychologique ou social suite à une perte d'estime de soi ou d'un isolement.

Ce travail de recherche est pertinent vis-à-vis de ce paradigme car il touche à la promotion de la santé et il s'intéresse de manière globale à la santé du patient obèse.

L'environnement

Selon Pepin, & Al. (2010, p.41), "*L'environnement est constitué des divers contextes (historique, social, politique, etc.) dans lesquels la personne ou la famille évolue. Les interactions entre l'environnement et la personne/famille se font sous formes de comportements d'adaptation et sont circulaires.*"

L'environnement peut être une source de soutien pour l'individu s'il est sain, sécuritaire et stimulant. À l'inverse, il peut être nuisible pour la santé de la personne se trouvant dans le cas où plusieurs facteurs de risques sont présents.

L'environnement est un facteur qui influence fortement les comportements liés au poids. La disponibilité et l'accessibilité des aliments de toutes sortes ainsi que les publicités sont des éléments qui favorisent la prise de poids car c'est un rappel constant à la consommation de nourriture. De

plus, les médias valorisent les corps fins au détriment des personnes qui ne respectent pas les normes sociales.

En parallèle, le contexte politique favorise la mise en place des programmes de prévention en milieux scolaires, familiaux et professionnels. Il essaye de promouvoir une alimentation équilibrée et une activité sportive régulière au sein de la population.

Cette recherche doit tenir compte de l'environnement car les représentations sont liées au milieu dans lequel nous vivons.

Les soins infirmiers

Selon Pepin & Al (2010, p.41), *" La pratique infirmière vise le maintien de la santé de la personne dans toutes ses dimensions: santé physique, mentale et sociale. Ainsi, l'infirmière évalue les besoins d'aide de la personne dans son ensemble en tenant compte de ses perceptions."*

Le but des soins infirmiers est de permettre à la personne de prendre en charge sa santé en tenant compte de ses capacités, ses ressources et son environnement. Lorsque l'infirmière prodigue des soins, cela englobe la démarche de soin, l'évaluation et la surveillance de l'état de santé physique et mentale, la coordination des soins interdisciplinaires, l'information, l'enseignement et le soutien au patient.

Pour pouvoir établir une démarche de soin pertinente, il faut créer une relation de confiance avec la personne et le comportement de l'infirmière

peut faire une grande différence. C'est pourquoi la question de départ est pertinente vis-à-vis des soins infirmiers.

2.2.2 Les modes de savoirs infirmiers (Carper, 1978)

Les savoirs infirmiers de Carper comportent quatre catégories qui peuvent être définies comme nécessaires et complémentaires. Ils sont constitués du savoir empirique, esthétique, personnel et éthique. L'ensemble de ces savoirs est mobilisé dans le raisonnement clinique en fonction de la situation de soin. Ces savoirs peuvent s'intégrer dans une démarche de pratique fondée sur des données probantes. C'est pourquoi il est pertinent de démontrer en quoi la question de départ est liée aux modes de savoirs infirmiers.

Le savoir empirique

Selon Barbara Carper (1978), le but du savoir empirique est de décrire, prédire et comprendre ce qui intéresse la discipline infirmière. Pour se faire, ce savoir se base sur la recherche et la démarche scientifique qui tient compte de l'observation, l'exploration, la description et l'explication des phénomènes.

La question de départ est liée à ce savoir car nous nous demandons ce qu'est l'obésité ainsi que l'estime de soi et nous cherchons à comprendre tous les mécanismes en lien. Pour effectuer nos recherches, nous nous basons sur des articles et des livres qui nous apportent des connaissances

scientifiques. Nous mobilisons des théories fiables et utiles pour mieux comprendre le phénomène autour de la question de départ.

Dans un deuxième temps, les résultats de cette recherche pourront contribuer à augmenter ce savoir.

Le savoir esthétique

Le savoir esthétique est un art qui consiste à saisir le sens des expériences humaines et de permettre la mise en œuvre d'une intervention de soins pertinente. Cela demande à être créatif et l'expérience est la meilleure manière d'acquérir ce savoir. (Chin & Kramer, 2008)

La personne souffrant d'obésité peut avoir une faible estime de soi et il est important que l'infirmière puisse en tenir compte dans sa manière de voir la relation et d'apporter de l'aide

Etant donné que l'estime de soi chez la personne obèse se voit diminuée, il est important que l'infirmière puisse en tenir compte pour établir une relation et une aide adéquate.

L'empathie fait également partie du savoir esthétique. Selon le dictionnaire Larousse (2013) l'empathie se définit comme une "*Faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent*". Il est crucial que l'infirmière puisse faire acte d'empathie envers la personne obèse et qu'elle puisse réussir à percevoir son ressenti afin d'effectuer des soins optimaux et ainsi répondre à ses besoins.

Le savoir personnel

"Le mode personnel prend appui sur l'expérience personnelle de l'infirmière de devenir un être unitaire, conscient et authentique." (Pepin & al, 2010, p.17). En connaissant son propre soi, la relation à l'autre est facilitée et peut devenir thérapeutique.

Ce savoir est lié à la connaissance que l'infirmière a d'elle même mais aussi de la compréhension subjective de l'autre. Son intellect et son intuition lui permettent de comprendre de façon sensible une situation de soins donnés.

Au fur et à mesure de nos recherches, nous avons modifié notre manière de voir l'obésité. Cette recherche est une expérience personnelle et nous permet d'être plus sensibles à notre comportement lors de nos futures prises en charge de patients obèses. Ce savoir nous permet de remettre notre pratique infirmière et notre positionnement en question.

De plus, nous avons été touchés de lire que le personnel soignant peut stigmatiser le patient obèse. Ce travail va non seulement avoir un impact sur la relation que nous entretenons avec le patient mais aussi avec nos futurs collègues car nous pouvons les sensibiliser aux conséquences que peuvent avoir certains comportements et les informer sur la complexité de l'obésité.

Le savoir éthique

De nombreuses situations de soins ont besoin de ce savoir. Il touche aux valeurs mais aussi aux codes et aux normes éthiques. Cela nous permet de réfléchir à ce qui est juste ou faux, à ce qui est bon et à ce qui devrait être fait. En prenant en compte ce savoir, nous pouvons prendre des décisions éclairées. Pour ce faire, l'infirmière peut se poser ces questions: *"Est-ce juste?", "Est-ce responsable?"* (Chinn & Kramer, 2010).

Durant cette recherche, nous désirons déterminer si les difficultés rencontrées lors de la prise en charge d'un patient obèse peuvent empêcher le soignant d'avoir un comportement moral et éthique. Devons-nous mobiliser un patient au détriment de notre santé physique? Devons-nous intervenir lorsque des collègues parlent de manière négative d'un patient obèse? Ces questionnements sont importants et nécessitent de prendre du recul sur nos propres valeurs pour y répondre.

C'est pourquoi dans sa pratique quotidienne, l'infirmière applique ce savoir au travers d'un comportement moral et éthique.

2.3 Revue exploratoire de littérature

2.3.1 Entretiens avec des professionnels

Dans un premier temps et de manière informelle, nous avons rencontré deux infirmiers qui travaillent avec des personnes obèses pour leur poser des questions et permettre de mieux cerner la problématique.

Le premier entretien s'est déroulé avec un infirmier chef responsable d'un service de chirurgie prenant en charge des patients suite à une chirurgie bariatrique (intervention qui se rapporte à l'obésité). Environ une dizaine de cas d'obésité ont recours à une intervention chirurgicale de type bariatrique par mois dans ce service, parmi lesquels deux tiers sont de jeunes patients âgés entre dix-huit et vingt-cinq ans et la majorité des cas sont des femmes. L'hospitalisation est courte, un à deux jours post-opératoires.

Les problèmes rencontrés dans la prise en charge des personnes subissant ce type d'opération sont variés. Il arrive que des patients ne soient pas prêts à être opérés, qu'ils soient trop angoissés, qu'ils n'aient pas suivi les recommandations du médecin (lié à la perte de poids) ou encore que des problèmes post-opératoire avec une reprise au bloc et/ou une surveillance aiguë aient lieu.

L'équipe soignante de ce service n'a pas été sensibilisée spécifiquement quant à la prise en charge du patient obèse.

La seconde infirmière avec laquelle nous nous sommes entretenues exerce dans un service de chirurgie orthopédique. Entre vingt-cinq et trente pour cent des patients sont obèses et l'âge moyen se situe entre soixante-cinq et septante-cinq ans.

Les principales difficultés rencontrées par le personnel soignant sont: la mobilisation des patients, les prises de sang car les veines sont difficiles à trouver, le matériel et les vêtements souvent inadaptés à leur morphologie. Effectivement, les patients souvent mal à l'aise demandent des peignoirs afin de couvrir un dos laissé nu par une blouse trop petite. Le lit n'est pas non plus adapté, il est très difficile de le déplacer. Lors de l'utilisation d'un fauteuil roulant ou d'une chaise percée, les personnes obèses ont beaucoup de peine à s'y installer. Les patients utilisent souvent l'humour pour faire face à ces situations inconfortables.

L'équipe soignante de ce service n'a pas reçu de cours spécifique permettant une prise en charge appropriée d'une personne obèse.

À la fin de l'entretien, nous nous sommes intéressés à son avis personnel en lui demandant: "*Est-ce que vous pensez que les infirmières peuvent avoir un impact positif ou négatif sur l'estime de soi d'une personne obèse?*". Sans aucune hésitation, elle nous a répondu: "*totalelement*".

2.3.2 Définition de l'obésité et IMC

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2000, p. 21) définit l'obésité comme *" une accumulation anormale ou excessive de graisse dans les tissus adipeux, pouvant engendrer des problèmes de santé"*. C'est une maladie que l'on peut définir de chronique car elle dure de longues années, elle évolue et elle est souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves.

Si l'on imagine qu'il existe une balance énergétique pour notre corps, l'obésité correspond à un excès de calories ingérées par rapport à celles dépensées et elles sont stockées sous forme de graisse corporelle (OMS, 2003, p. 112)

L'obésité est une maladie multifactorielle: les causes peuvent être génétiques, comportementales, sociales, psychologiques et environnementales. Les symptômes sont eux aussi nombreux, avec des mécanismes physiopathologiques et des conséquences variant d'un patient à l'autre. Ceci rend cette maladie très complexe.

Au niveau mondial, le nombre de cas d'obésité a doublé depuis 1980. En 2014, 13% des adultes âgés de vingt ans et plus étaient obèses (Organisation Mondiale de la Santé, 2015).

En Suisse, de 1992 à 2012 la prévalence de l'obésité a presque doublée (5,4% en 1992 et 10,3% en 2012). Une personne sur dix, âgée de quinze ans et plus, souffre d'obésité. (Office fédéral de la statistique, 2014)

Concernant les différences entre les sexes en Suisse, il n'y a pas beaucoup d'écart entre les hommes (11%) et les femmes (9%). L'âge est quand à lui un facteur plus déterminant. On trouve les taux les plus élevés chez les individus de plus de 50 ans. La situation socio-économique est également pertinente. Plus le niveau de formation est élevé, plus le taux d'obésité diminue. Ces statistiques ont été fournies par l'office fédéral des statistiques sur leur site Internet (Office fédéral de la statistique, 2014).

Pour définir le surpoids et l'obésité, l'indice de masse corporelle (IMC) est l'outil le plus souvent utilisé. Il calcule le poids en kilogramme divisé par la taille en mètre carré (kg/m^2). Cet outil est utilisé pour les deux sexes et permet d'évaluer rapidement et simplement le risque d'obésité. Cela reste une indication approximative car il ne prend pas en compte le pourcentage de masse grasseuse qui est différent selon l'individu. (Organisation Mondiale de la Santé, 2015)

L'OMS (2000, p.25) propose une classification des différentes catégories de l'obésité en lien avec l'IMC. Le poids normal se situe entre un IMC de 18,5 à 24,9, le surpoids entre 25 et 29,9 et le risque de maladies est déjà accru vis à vis du poids normal. Il est considéré qu'une personne est

obèse lorsque son IMC dépasse 30 et les risques de maladie deviennent très importants.

Quand l'IMC dépasse 40, la personne est reconnue comme étant dans la catégorie de l'obésité morbide. A ce stade de la maladie les conséquences peuvent aller jusqu'à mettre en danger la vie de la personne.

2.3.3 Mortalité et comorbidités

Une personne en surpoids ou souffrant d'obésité a une espérance de vie diminuée. Il a été constaté une augmentation du taux de mortalité dès que l'indice de masse corporelle dépasse 25 (surpoids).

Les conséquences physiologiques sont multiples: risque de développer un diabète de type 2, des maladies cardiovasculaires, une hypertension artérielle, des troubles respiratoires, un syndrome d'apnée du sommeil, une hypercholestérolémie, des douleurs ostéo-articulaires et certains cancers. (Office fédéral de la statistique, 2007)

Il y a aussi des conséquences psychologiques comme la dépression, les troubles anxieux, les troubles de l'alimentation, la dépendance à l'alcool, une perte de l'estime de soi et un rejet de son corps. Cela peut favoriser un cercle vicieux qui auto entretient l'obésité.

Il a été remarqué que dans nos sociétés, le retentissement psychologique est particulièrement important sur les femmes. (Boegner, 2012)

Ces différentes complications peuvent aboutir à une exclusion sociale et à une perte d'autonomie. La qualité de vie est très fortement diminuée.

Que les conséquences soient d'ordre médical ou social, elles auront un impact financier non seulement pour l'individu, mais également pour la société.

2.3.4 Impact économique de l'obésité

L'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) a calculé les coûts que l'obésité et le surpoids occasionnent en Suisse. De 2002 à 2012, les chiffres ont fortement augmenté. Ils sont passés de 2 648 à 7 990 millions de francs par an. Cette étude tient compte des coûts directs (traitement de l'obésité et des maladies qui y sont liées) et des coûts indirects (incapacité de travailler, invalidité ou décès prématuré). Cette forte augmentation a donc poussé les autorités à chercher des solutions pour lutter contre cette maladie. (MOSEB, 2015)

2.3.5 Politique suisse de lutte contre l'obésité

À la demande du conseil fédéral, l'OFSP a mis en place le projet: "Programme national alimentation et activité physique" (PNAAP) de 2008 à

2012 qui a été prolongé jusqu'en 2016. Ce programme a pour objectif d'appliquer des mesures visant à lutter contre le surpoids et l'obésité.

Pour la réussite de ce projet, le PNAAP a fixé 5 objectifs principaux. Tout d'abord il souhaite assurer la coordination entre les nombreux partenaires qui ont contribué à l'élaboration de ce projet (confédération, cantons, science, industrie, etc.). Ensuite, il a pour but de promouvoir une alimentation équilibrée ainsi que l'activité physique et le sport. Le quatrième objectif vise à réaliser des modèles intégrés de promotion d'un poids corporel sain et le dernier concerne l'optimisation des offres de conseils et de thérapies. (OFSP, 2008)

2.3.6 Traitement et prise en charge de l'obésité

Il y a une variété de traitements qui sont proposés aux personnes souffrant d'obésité. Nous pouvons notamment citer l'activité physique, un suivi diététique, la thérapie comportementale, la chirurgie bariatrique et le traitement pharmacologique. Cependant, certaines méthodes sont peu recommandées car elles peuvent être dangereuses pour la personne.

2.3.7 Soins infirmiers et promotion de la santé

"On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention

de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes." (Conseil International des Infirmières, 2015)

La promotion de la santé a pour objectif de donner aux citoyens la maîtrise de leur propre santé et les moyens de l'améliorer. C'est pourquoi les professionnels encouragent les individus à apporter des améliorations à leur mode de vie, à modifier leurs comportements à risque et à adopter des habitudes saines.

Dans le domaine de l'obésité, les comportements nuisibles pour la santé sont souvent des habitudes très profondément ancrées. (Barthassat, Lager, & Golay, 2008). On observe notamment une consommation exagérée d'aliments, les régimes alimentaires inadéquats, le sédentarisme, l'hyperphagie boulimique et un régime alimentaire non équilibré. C'est sur ces éléments que l'infirmière va pouvoir mettre en place des actions et ainsi réaliser de la promotion de santé et de la prévention.

Pour encourager les individus à apporter des améliorations à leur santé, il est important qu'il y ait une relation de confiance et de non-jugement qui s'installe entre le patient et l'infirmière. (Corminboeuf & Giusti, 2014, p.852)

Le respect est essentiel pour créer une relation de confiance. Le code déontologique pour la profession infirmière (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015) précise à l'article 28 et 29 que l'infirmière doit

chercher à établir et à maintenir une relation de confiance avec le patient et qu'elle doit agir avec respect envers lui ainsi que sa famille.

Respecter la personne c'est avoir de la considération pour elle, c'est être à son écoute et c'est la reconnaître comme porteur de la même dignité que soi. Pour cela, il est important que le soignant soit conscient des représentations qu'il a des personnes obèses.

2.3.8 Représentations sociales

"Pour les psychologues sociaux, une représentation permet de comprendre le monde par génération de signification, d'organiser l'expérience et de réguler les conduites. Les représentations sociales sont donc un lien symbolique entre le monde extérieur et le monde mental" (Barthassat & Al, 2008, p.849).

En étant attentif aux représentations de l'individu ou du groupe, il est donc possible de mieux comprendre l'image qu'ils ont d'eux-mêmes, des autres et du monde.

L'objet de la représentation va se construire sur des informations qui peuvent être plus ou moins nombreuses, précises ou stéréotypées. La représentation peut s'exprimer sous forme d'attitude positive ou négative.

Dans la relation entre un patient obèse et une infirmière, il va y avoir les représentations de chacun et il est important d'en prendre conscience.

Selon Barthassat et al. (2008), le soignant, bien que professionnel de santé, reste également un simple individu. Ce fait engendre que deux sortes de représentations cohabitent en lui. D'une part, les représentations sociales qui sont habituellement négatives envers les personnes obèses. D'autre part, la présence de nombreuses représentations professionnelles dont certaines sont énoncées ci-dessous.

"Le patient obèse est un patient difficile, un échec annoncé, grevé d'une grande morbidité, pour lequel il est difficile de réaliser les examens cliniques et paracliniques" (Barthassat et al., 2008, p. 850-851).

Les services dans lesquels des patients obèses viennent se faire traiter sont ceux où le personnel soignant risque le plus d'avoir des représentations négatives. Qu'en est-il d'un service de chirurgie orthopédique?

2.3.9 Service de chirurgie orthopédique

Les interventions chirurgicales concernent essentiellement le traitement des affections dégénératives et traumatique de l'appareil locomoteur et de la colonne vertébrale. Ce service s'occupe notamment des arthroses évoluées (hanche, genou) qui nécessite un remplacement total ou partiel de l'articulation par une prothèse.

Une des comorbidités de l'obésité est l'arthrose des articulations portantes. En effet, la plus grande partie du poids du corps est portée par les hanches, les genoux, les chevilles et les pieds. Des signes d'arthrose

dégénérative et une usure précoce de ces articulations apparaissent beaucoup plus tôt et plus fréquemment que chez une personne de poids normal (Guh et al., 2009).

2.3.10 Rôle de l'infirmière en service de chirurgie

Les soins infirmiers dans un service de chirurgie font le plus souvent appel aux compétences techniques. Les infirmières sont amenées à faire l'évaluation et la gestion de la douleur, la gestion du risque infectieux (hygiène des personnes et asepsie lors d'un soin), les soins de plaies et de cicatrices, la prévention des escarres, la gestion des abords veineux ou encore la transfusion sanguine.

L'infirmière a aussi un rôle dans la coordination et l'organisation des soins. Elle travaille en réseau de soins, avec différents acteurs de santé, elle s'occupe du dossier de soin et organise les examens médicaux.

Cela nous amène à émettre l'hypothèse que la promotion de la santé envers les patients obèses est un aspect souvent négligé et délaissé. Ce constat a aussi été effectué lors des deux entretiens cités au début de ce chapitre. Qu'en est-il de l'estime de soi des personnes obèses? Est-ce un aspect qui intéresse les soignants dans leur prise en charge hospitalière?

2.3.11 Concept de soi

Le concept de soi est l'image que se fait une personne d'elle-même. C'est un sentiment subjectif qui mélange les pensées inconscientes et conscientes et qui est constitué d'attitudes et de perceptions.

Ce concept englobe 4 composantes qui sont l'identité, l'image corporelle, l'interprétation des rôles et l'estime de soi.

Le développement du concept de soi se fait tout au long de la vie d'un individu et commence à se construire dès l'enfance.

L'estime de soi est une auto-évaluation basée sur le mérite et la valeur de la personne. Le regard de l'autre a également de fortes chances d'améliorer ou de dégrader ce sentiment. L'estime de soi peut être positive quand la personne se sent capable, ressent qu'elle a de la valeur et qu'elle est compétente.

Les hommes ont souvent une meilleure estime d'eux-mêmes que les femmes. (EMC, 2009)

Une diminution de l'estime de soi fait partie des conséquences de l'obésité. Elle est même considérée comme le centre de la problématique pour les auteurs du livre "Traiter l'obésité et le surpoids". En voici un extrait:

L'estime de soi est au centre de la problématique des personnes en surpoids, et la pression autour de la beauté et de la minceur contribue largement à l'importance des troubles des comportements

alimentaires dans les pays occidentaux. Des travaux ont démontré que les personnes qui ont une estime de soi basse présentent une plus forte tendance que les autres à grignoter ou à trop manger. Il devient alors compliqué de porter sur soi un regard bienveillant, de se regarder dans un miroir, de vivre avec les autres. Les émotions, les sensations, les pensées ont tendance à s'embrouiller. C'est là souvent que la nourriture vient jouer son rôle de réconfort. Lorsque les épisodes d'hyperphagie surviennent et se répètent, ils laissent derrière eux culpabilité, dégoût de soi, mais aussi un sentiment de solitude. Et s'il est difficile d'affronter le regard des autres, la critique la plus sévère provient souvent des patients eux-mêmes. (Zermati, Apfeldorfer & Waysfeld, 2010, p.229)

2.3.12 La stigmatisation de l'obésité

Selon Erving Goffman, la stigmatisation est définie comme *"un processus de discréditation qui touche un individu considéré comme "anormal", "déviant". Il devient alors réduit à cette caractéristique dans le regard des autres."* (G.R.O.S., 2015)

Toutes les représentations et les croyances négatives contribuent à la stigmatisation du poids. Elle s'exprime par des stéréotypes, des préjugés et des traitements injustes envers les personnes obèses.

La stigmatisation peut être visible sous différentes formes telles que les commentaires verbaux inappropriés, les jugements, les moqueries, l'exclusion sociale (ignorer ou éviter la personne) et même par de l'agression physique.

Cela se passe dans les milieux professionnels (pratiques d'embauche inévitables, salaires inférieurs, etc.), dans la rue, dans les transports en commun, à l'école dès le plus jeune âge ou encore dans le milieu médical.

Cette discrimination entraîne une perte de l'estime de soi, la honte et la culpabilité. Une grande partie des personnes obèses souffrent d'une dépression au cours de leur vie. Certains finissent même par se détacher de leur corps et rejettent leur propre image. (Service Education permanente Question Santé asbl, 2009)

La personne peut avoir un sentiment d'infériorité qui diminue la confiance en soi et le sentiment de dignité.

"La stigmatisation ne crée pas l'obésité, elle peut l'enfermer dans un cercle vicieux en favorisant des attitudes de compensation qui entretiennent la prise de poids." (Service Education permanente Question Santé asbl, 2009)

Différentes associations existent dans le but de défendre les personnes obèses dont G.R.O.S et Allegro Fortissimo qui sont des associations françaises. Ces associations luttent contre la discrimination et aident les personnes à se réconcilier avec leur corps, à s'accepter et à s'assumer pleinement. En Suisse, l'élection de Miss Ronde Suisse Romande favorise l'idée d'être libéré du poids du jugement et de permettre un développement de soi.

2.4 Concepts retenus comme pertinents

La revue exploratoire permet de mettre en évidence les concepts suivants: l'obésité, l'estime de soi et la stigmatisation. Ces derniers seront développés dans le chapitre suivant sur les concepts et les champs disciplinaire infirmier.

2.5 Perspectives et propositions pour la pratique

Cette recherche, permet dans un premier temps, d'informer les individus sur l'obésité. C'est un sujet actuel qui pose problème, l'OMS parle même d'épidémie pour décrire cette maladie. (Organisation mondiale de la Santé, 2003)

Notre but est de sensibiliser les infirmières à cette problématique et de mettre en évidence l'influence que peuvent avoir nos représentations dans la relation soignant-soigné. Cela peut permettre une remise en question de nos comportements et nous encourager à procéder autrement.

La société dans laquelle nous évoluons à des attentes toujours plus élevées concernant la qualité des soins. Il est nécessaire de fournir un haut standard de soin et de service. La formation infirmière et l'avancement des connaissances en sciences infirmières sont les moyens utilisés pour améliorer la santé des individus. Ce travail peut enrichir les connaissances en sciences infirmières et permettre une meilleure qualité des soins.

D'un point de vue personnel, cette recherche va nous apporter des outils lors de la prise en charge d'une personne obèse. Nous allons être attentifs aux situations qui peuvent être mal vécues par la personne et être sensibles à l'opinion qu'elle a de sa propre valeur. De plus, nous allons pouvoir partager ces connaissances avec nos collègues et oser nous exprimer si nous sommes témoins de comportements inadéquats envers un patient obèse en ayant une argumentation basée sur des connaissances spécifiques.

**Concepts et champs
disciplinaire infirmier**

3.1 Concept de l'obésité

Un phénomène ayant de graves conséquences sur la santé, la qualité de vie et les finances publiques inquiète actuellement notre société: il s'agit de l'obésité. Qualifiée d'épidémie, cette maladie a émergé aux États-Unis et continue de s'épandre en Europe et dans les pays occidentalisés. Il a même été observé une augmentation importante de personnes obèses dans les pays en voie de développement où coexistent dénutrition sévère et obésité. (Perret, 2010)

Dans "les métamorphoses du gras", Georges Vigarello retrace l'histoire et l'évolution de l'obésité. Au moyen âge, être gros était un signe de bonne santé, de richesse et de prestige. À la renaissance, les silhouettes épaisses sont assimilées à la lenteur, à la paresse et au manque de productivité.

Le mot obésité n'apparaît qu'au début du XVIIIe siècle et c'est là que la grosseur est devenue pathologique. C'est en 1777 que l'être humain commence à peser son poids. Cette pratique va se propager durant le XIXe siècle. Ainsi, l'être humain prend de plus en plus conscience de son poids et de ses formes. Dans un même temps, les exigences de minceur progressent.

Début du XIXe siècle, la notion de calorie émerge et c'est ainsi que l'ère des régimes va débiter. *"Il va falloir tenir le compte de ses calories, optimiser le rendement de la machine corporelle"* (Audétat, 2010)

En 2012, la Suisse comptait près d'un tiers de personne de 15 ans et plus en surpoids et 10% de personne obèses (Office fédéral de la statistique, 2014). L'outil utilisé pour déterminer le surpoids et l'obésité est l'indice de masse corporelle (IMC). Néanmoins, cet outil se basant uniquement sur la taille et le poids du sujet, d'autres éléments critiques tels que le tour de taille ou la répartition des masses grasses ne sont pas pris en compte. Ceci en fait donc une mesure approximative.

Les causes de l'obésité peuvent être d'ordres biologiques (hérédité, dysfonctionnement hormonal, sexe, âge), liées au contexte familial (préoccupation à l'égard du poids des parents, dynamique familiale, habitudes alimentaires et sportives) et personnels (stress, anxiété, faible estime de soi, bénéfices secondaires retirés de l'obésité).

Mais limiter la responsabilité des problèmes liés au poids à l'individu est trop simpliste. En effet, les facteurs favorisants sont complexes et multiples. L'évolution de nos sociétés vers un mode de vie sédentaire couplée à une hygiène alimentaire dégradée ainsi qu'une pression importante concernant le physique idéal contribuent fortement à créer un environnement propice à la prise de poids.

Afin de pouvoir inverser cette situation, il est nécessaire d'agir d'un point de vue socioculturel, politique et économique, mais également d'effectuer une prévention ciblée quant aux problèmes de poids. Ces différents aspects permettraient d'influencer de façon positive l'alimentation

saine, la pratique d'activité physique, l'image corporelle et l'estime de soi. Tous ces éléments sont indissociables et doivent donc être considérés dans leur ensemble et non séparément.

Il s'agit donc de traiter l'obésité dans tous les aspects énoncés ci-dessus. La prise en charge devrait donc être pluridisciplinaire en combinant activité physique, hygiène alimentaire, thérapie comportementale et, si nécessaire, intervention chirurgicale.

La pratique d'une activité physique permet une dépense énergétique pouvant aboutir à une perte de poids. Elle peut être pratiquée de différentes manières, de façon intense comme la course à pied ou plus douce comme la marche. Les recommandations minimales en matière d'activité physique de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sont de pratiquer 150 minutes d'activité modérée ou 75 minutes d'activité intense par semaine pour avoir des effets positifs sur la santé. (Office fédéral de la santé publique, 2014, p.26)

Concernant les aspects liés à la nutrition et à l'hygiène alimentaire, l'OFSP et l'OMS recommandent de s'alimenter de manière équilibrée en respectant ses besoins, par exemple en mangeant au moins cinq fruits et légumes par jour, mais également en limitant l'apport énergétique par le biais de graisses et de sucres. (Mühlemann & Renggli, 2012; Organisation mondiale de la Santé, 2003).

Actuellement, la communauté scientifique est fortement partagée au sujet des régimes amaigrissants ou restrictions cognitives (qui correspond à l'intention de contrôler son comportement alimentaire dans le but de perdre du poids ou de ne pas grossir). Jean-Philippe Zermati, médecin nutritionniste en France et membre de l'association G.R.O.S., considère que les régimes amaigrissants sont un danger pour la population:

" Les études, les rapports se suivent et se ressemblent. Il n'est plus guère possible aujourd'hui de considérer les régimes amaigrissants comme des pratiques anodines et inoffensives. Alors que le nombre de personnes effectuant des régimes dans le but de maigrir ou surveillant son alimentation dans le but de ne pas grossir représente 70% de la population française, la prévalence de l'obésité a, elle, augmenté de 50 % dans les 10 dernières années. Ce contraste surprenant confirme les évaluations des régimes amaigrissants qui démontrent leur absence d'efficacité sur le moyen terme et les dangers qu'ils peuvent occasionner pour la santé nutritionnelle, le comportement alimentaire, la santé mentale et finalement pour le poids lui-même." (Zermati, 2011)

La thérapie comportementale est un suivi psychologique effectué par un thérapeute, un psychologue ou tout autre professionnel de la santé. Ce suivi permet d'aborder certaines difficultés du patient spécifiques à la maladie. Les problèmes clés les plus courants sont les troubles du comportement alimentaire et les difficultés psychologiques et relationnelles engendrant des excès alimentaires.

L'objectif est d'aider la personne à trouver un confort physique et mental par le biais de mesures adaptées et personnalisées. Pour ce faire, le thérapeute va rompre le cycle de la restriction cognitive, en aidant le patient à redécouvrir son corps et en mettant en place des mécanismes permettant d'arrêter d'avoir des réponses alimentaires face à des problèmes non alimentaires. La perte de poids devient à ce moment-là une conséquence des progrès de la thérapie plutôt qu'un objectif en soi. (G.R.O.S, 2015)

Les personnes souffrant d'une obésité morbide et ayant déjà essayé différentes tentatives de perte de poids sans résultats, ont la possibilité de subir une chirurgie bariatrique qui va modifier le système digestif. Différentes techniques sont utilisées comme par exemple l'anneau gastrique, la gastrectomie longitudinale, le bypass gastrique ou la dérivation biliopancréatique. Elles permettent de diminuer le volume de l'estomac ce qui engendre un sentiment de satiété survenant plus rapidement. Certaines techniques permettent également une dérivation dans le tube digestif afin de diminuer l'absorption des éléments nutritifs par l'intestin. (Suter & Giusti, 2013)

Toutes ces interventions chirurgicales demandent un suivi pluridisciplinaire (psychologue, diététicien, nutritionniste, chirurgien) pré et postopératoire. La prise en charge avant l'opération commence environs deux ans plus tôt et permet une évaluation globale de la personne.

L'intervention infirmière se situe non seulement durant les traitements, mais également en amont de toutes ces mesures en étant à l'écoute du patient et en l'orientant vers les spécialistes adéquats. De façon plus général, ceci s'inscrit dans la promotion de la santé.

"L'éducation thérapeutique du patient tient une place centrale dans le traitement de l'obésité. Pour résoudre son problème d'obésité, le patient devra en effet acquérir de nouvelles connaissances, de nouvelles compétences, savoir utiliser ses propres ressources pour lui permettre de modifier les comportements qui l'ont conduit à l'état d'obèse." (Barthassat et al., 2008)

"Questionner le symptôme, le poids, reste fondamental mais doit être effectué avec bienveillance et sans préjugé afin d'éviter les résistances légitimes des patients, sans cesse stigmatisés socialement." Rôle de l'approche psychologique dans la prise en charge des patients obèses (Corminboeuf & Giusti, 2014).

3.2 Concept de l'estime de soi

L'estime de soi est liée au sentiment que chacun a de sa propre valeur et elle va se développer au travers d'une évaluation propre à chacun. Continuellement, l'être humain fait une évaluation de ses comportements, pour voir si ce qui est vécu est en accord avec ses valeurs et ses actions. Cela peut-être fait de façon consciente ou inconsciente et cette évaluation va

toujours avoir un impact sur l'estime de soi en la diminuant ou en l'augmentant.

"Le verbe « estimer » vient en effet du latin *oestimare*, "évaluer", dont la signification est double: à la fois « déterminer la valeur de » et « avoir une opinion sur ». La meilleure synthèse que nous ayons trouvée de l'estime de soi, c'est un adolescent qui nous l'a fournie: " L'estime de soi? Eh bien, c'est comment on se voit, et si ce qu'on voit on l'aime ou pas. » Ce regard-jugement que l'on porte sur soi est vital à notre équilibre psychologique. Lorsqu'il est positif, il permet d'agir efficacement, de se sentir bien dans sa peau, de faire face aux difficultés de l'existence. Mais quand il est négatif, il engendre nombre de souffrances et de désagréments qui viennent perturber notre quotidien. Prendre le temps de mieux cerner son estime de soi n'est donc pas un exercice inutile: c'est même l'un des plus fructueux qui soit." (André & Lelord, 1999).

C'est une notion fragile qui est constamment en train de changer et qui varie donc selon les périodes de la vie. Elle commence à se construire dès la petite enfance en lien avec l'amour inconditionnel que l'individu recevra de la part des parents et des proches. Effectivement, savoir qu'il a de la valeur indépendamment de ses réussites ou ses échecs lui permettra d'avoir un regard positif sur lui-même. De façon analogue, l'aspect éducatif permet d'établir une relation saine aux réussites et aux échecs en valorisant les premiers et en étant compréhensif avec les seconds. De plus, les comportements des parents liés à leur propre estime de soi, tels que le doute, l'inquiétude, la peur du jugement social, etc. vont servir de modèle à l'enfant et le pousser à se comporter de manière similaire.

Ainsi, l'environnement familial, social et les conditions de vie vont avoir une influence sur son évolution.

Abraham Maslow, psychologue dans les années 1940, considère que l'estime de soi fait partie des besoins fondamentaux de l'homme. Il crée une pyramide qui hiérarchise différents besoins essentiels. Le besoin d'estime se trouve sur le haut de la pyramide et est lié à la confiance et au respect de soi ainsi qu'à la reconnaissance et à l'appréciation des autres. Il affirme qu'il est nécessaire pour l'individu de s'estimer et d'être considéré par les autres et que ceci serait lié au désir de puissance, de succès et de confiance en soi face à ses semblables. Lorsque ce besoin est satisfait, la personne a confiance en elle et se sent utile, dans le cas contraire, la personne peut se sentir faible et inférieure. (Mias, 2001)

Une haute estime de soi facilite l'engagement dans l'action, permet une auto-évaluation plus fiable et précise et permet une plus grande stabilité émotionnelle. La personne va être consciente de ses qualités, va oser agir sans craindre l'échec car elle a intégré que cela fait partie de l'action. Au contraire, une personne a basse estime de soi va avoir peur de l'échec car elle est convaincue que cela va provoquer un jugement social négatif et risque de s'identifier à cet échec en se dévalorisant sans prendre en considération le contexte de l'échec. Un cercle vicieux peut s'installer dans le cas où la personne vit des échecs à répétition.

Pour qu'un individu ait une estime de soi positive, il est essentiel qu'il s'aime, c'est-à-dire qu'il se respecte, écoute ses besoins et ses aspirations. Il est également nécessaire que la vision qu'il a de lui-même soit bienveillante et non pas critique et dégradante. Finalement, il faut qu'il ait assez confiance en lui pour ne pas être constamment dans la peur de l'échec et du jugement d'autrui.

Grâce à ces trois éléments, l'individu pourra se reconstruire suite à un échec, résister à l'adversité, se projeter dans l'avenir et pleinement s'épanouir dans les actions qu'il entreprend.

L'estime de soi peut varier selon le domaine, bien que l'être humain recherche systématiquement à satisfaire deux grands besoins, celui de se sentir aimé et celui de se sentir compétent. Pour André & Lelord (1999), l'estime de soi touche au moins cinq dimensions: l'apparence physique, le statut social, les compétences athlétiques, la conformité comportementale et la popularité. On pourra donc, par exemple, rencontrer une personne obèse ayant une haute estime de soi sur le plan intellectuel et professionnel mais une très mauvaise estime de soi concernant son apparence physique. (André & Lelord, 1999)

En tant que soignant, il peut parfois être nécessaire de revaloriser et permettre au patient de regagner une meilleure estime de soi afin de rendre possible l'éducation thérapeutique.

"L'obésité affecte la façon dont les personnes s'auto-évaluent. Les personnes obèses auraient une faible estime de soi." (Delhomme & al., 2005,p.131)

Dans le cas d'une personne obèse, il peut être difficile de proposer des modifications de son hygiène de vie tant que le patient estime qu'il n'en est pas capable ou qu'il n'en vaut pas la peine. Lors d'un diagnostic infirmier sur une baisse d'estime de soi, le livre sur la classification des interventions de soins infirmier propose des actions telles que: surveiller les opinions du patient à propos de sa valeur personnelle et découvrir les raisons de l'autocritique ou de la culpabilité, d'encourager le patient à reconnaître ses points forts et mettre en évidence les succès déjà rencontrés ou encore de s'abstenir de critiques négatives et d'aider le patient à fixer des buts réalistes en vue d'une plus grande estime de soi (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010).

3.3 Concept de la stigmatisation

Erving Goffman, sociologue, définit la stigmatisation *"comme un processus dynamique de dévaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres"*. (Fortin & Fayard, 2012, p.7) Selon lui, les raisons de ces stigmatisations peuvent être classées en trois catégories. La première concerne les stigmates corporels tels que les handicaps physiques ou les déformations et disproportions de la figure et du corps. De façon plus

générale, ce serait la catégorie des choses "*qui se voient*". La seconde est liée aux particularités psychiques, sociologiques et aux antécédents, comme par exemple l'orientation sexuelle, l'alcoolisme ou encore les troubles de la personnalité. Les stigmates tribaux forment la dernière catégorie. On y retrouve l'appartenance à une "race", une religion ou à tout autre groupe d'individus (Fortin & Fayard, 2012).

Dans tous les cas, le stigmatisé est perçu comme déviant et donc considéré comme inférieur par les autres individus. Ce jugement altère sa relation aux autres et engendre des discriminations sociales ou pire, une exclusion complète. La conséquence sur l'individu est le plus souvent une perte de l'estime de soi, voire un sentiment de culpabilité.

"De nombreuses personnes en surpoids et/ou obèses sont fréquemment victimes de stigmatisation, de préjugés et de discrimination à cause de leur poids, ce qui peut avoir des conséquences dommageables pour leur santé et leur bien-être émotionnel et physique." (Puhl, 2009)

De nos jours, un des stigmates visuels le plus répandu concerne le poids. Ce phénomène construit sur les représentations sociales est largement alimenté par les médias prônant un physique mince, ce qui amène les personnes différentes, particulièrement les obèses, à avoir toutes sortes de troubles comportementaux allant de l'image négative de son corps aux comportements suicidaires. De plus, la stigmatisation exercée par les soignants dans le milieu médical peut nuire à la fréquentation des services de

santé ainsi qu'à la qualité des soins prodigués. Ceci peut déboucher sur un cercle vicieux empêchant toute amélioration. (Puhl, 2009)

Les théoriciens de l'étiquetage social ont démontré que les individus qualifiés d'anormaux finissent par s'identifier à cette image négative en adoptant une attitude en adéquation avec l'image que la société a d'eux et acceptent les mauvais traitements y étant relatifs.

"Socio-anthropologue de l'alimentation, Jean-Pierre Poulain souligne dans son dernier ouvrage qu'il est important de mieux étudier les représentations de l'obésité afin de pouvoir les "déconstruire". C'est ce développement de la connaissance qui doit permettre de modifier le regard que la société porte sur l'obésité et les pratiques des professionnels." (Dangaix, 2010, p.42)

En effet, en faisant connaître les raisons de la maladie et les discriminations dont sont victimes les obèses, les professionnels de la santé pourront prendre conscience de leurs propres représentations du surpoids et ainsi adopter une attitude de non jugement.

3.4 Le modèle infirmier de la promotion de la santé de Nola

Pender

Nola J. Pender est née en 1941 au Michigan. Elle a enseigné les sciences infirmières pendant plus de quarante ans à des étudiants de bachelor et de master à l'Institut des Sciences Infirmières de l'Université de sa ville natale. En 1982, en réponse aux différentes problématiques épidémiologiques présentes aux États-Unis, comme par exemple

l'augmentation du nombre d'adultes en surcharge pondérale, elle mit au point un modèle de promotion de la santé. Celui-ci s'inspire de différents modèles de psychologie de la santé, notamment le *Self-Efficacy and social cognitive theory* de Bandura (1977) et le *TransTheoretical Model* de Prochaska et DiClemente (1983). Par la suite, afin d'en éprouver la pertinence, elle mit le modèle en pratique en aidant des adolescents à adopter un mode de vie actif. En 1996, elle proposa une révision de son modèle.

Pour Pender et al., (2006), la promotion de la santé est un processus qui permet aux individus, aux groupes, aux familles et aux communautés d'avoir un meilleur contrôle sur ce qui détermine leurs comportements de santé et d'agir en conséquence. Ce modèle a donc pour but d'identifier les facteurs de fond qui influent sur les comportements de la santé. En utilisant le modèle et en travaillant en collaboration avec le patient, l'infirmière peut aider ce dernier à modifier ses comportements pour atteindre un mode de vie plus sain.

Dans la plupart des approches de prévention des risques la stimulation de la peur est utilisée. Le modèle de Pender quant à lui vise à motiver l'individu à adopter des comportements sains.

La promotion de la santé fait partie des compétences de l'infirmière dans le milieu hospitalier comme dans le milieu extra hospitalier. Elle doit être capable de promouvoir un mode de vie sain et pour ce faire il est utile

d'avoir des bases théoriques. Dans les chapitres précédents, nous avons défini l'obésité et nous avons mis en évidence de multiples déterminants de la santé qui influencent cette maladie. C'est pourquoi l'utilisation du modèle de promotion de la santé de Pender est un outil pertinent pour la prise en charge d'une personne souffrant d'obésité. Ce modèle peut aider les infirmières à comprendre les principaux déterminants des comportements de santé du patient obèse pour ensuite avoir une influence sur la personne et sur son environnement.

3.4.1 Le modèle de promotion de la santé dans le contexte de l'obésité

Le point central du modèle de Pender consiste en huit aspects, regroupés en deux catégories (caractéristiques individuelles et affects et cognitions liées au comportement), qui peuvent être évalués par l'infirmière.

Comportements antérieurs

"Pender et al. s'appuient sur les comportements antérieurs dits "sains" de la personne comme une source d'expériences à mettre au profit de la promotion de la santé". (Pender et al., 2006)

Concernant un patient obèse, on pourra chercher à identifier quelles activités permettent de stimuler positivement son estime de soi, à savoir s'il a déjà eu des habitudes alimentaires saines ou s'il a déjà pratiqué une activité physique.

Le soignant peut utiliser ces éléments comme ressources, car ayant déjà été adoptés par le passé, leur mise en œuvre peut sembler plus accessible et réalisable par le patient. De plus, ce dernier a sûrement déjà conscience des bénéfices que cela a pu lui apporter par le passé.

Facteurs personnels: biologique, psychologique et socioculturel

En tant que soignant il est primordial d'identifier quels facteurs personnels du patient obèse ont une influence sur les comportements de santé. Ces facteurs peuvent être biologiques (âge, capacité aérobie, sexe), psychosociaux (estime de soi, santé perçue) ou socioculturels (éducation, statut socio-économique, ethnie).

En effet, les modèles physiques idéaux par exemple, sont très différents d'une culture à l'autre. Ce qui peut être perçu comme maladif chez les uns, peut être perçu comme signe de bonne santé et de richesse chez les autres.

En prenant en compte ces facteurs, l'infirmière pourra promouvoir des mesures adaptées et personnalisées pour le patient.

Bénéfices perçus de l'action

Sensibiliser le patient obèse aux bénéfices que pourraient apporter des changements de comportements permet de motiver ce dernier à s'engager. Ces bénéfices peuvent être intrinsèques, comme par exemple regagner une

meilleure capacité de mouvement, ou extrinsèques en faisant notamment des économies financières.

Obstacles perçus à l'action

Il s'agit également de cerner, à l'aide du patient, quels obstacles pourraient compromettre sa motivation et quels sont les désavantages perçus. Une personne obèse pourrait avoir l'impression qu'elle perdra le plaisir de manger si son régime alimentaire est altéré.

Affects liés à l'activité

Toute activité engendre des aprioris avant sa pratique, des réactions émotionnelles pendant celle-ci et laisse un souvenir après chez celui qui la pratique. Le sentiment positif ou négatif restant conditionne la volonté de reconduire l'activité, ou non. C'est pourquoi il sera essentiel d'identifier le ressenti du patient avant et après chaque action proposée.

Le sentiment d'efficacité personnelle

Très fortement lié aux affects liés à l'activité, le sentiment d'efficacité personnelle conditionne l'individu à entreprendre une action, ou non. Ce sentiment d'efficacité se construit sur les succès précédemment réalisés dans des activités similaires. Par exemple, une personne obèse sera plus facilement ouverte à effectuer des promenades quotidiennes si elle s'en sent capable, car elle aurait déjà réalisé de courtes sorties par le passé.

Influences interpersonnelles

On appelle "*influences interpersonnelles*" toutes les influences provenant de l'environnement social, telles que la famille, les amis, les pairs et le personnel soignant.

Le patient sera influencé positivement si les démarches qu'il souhaite entreprendre correspondent aux normes sociales et aux croyances de son entourage. De plus, s'il se sent soutenu émotionnellement et matériellement par son réseau social, sa motivation s'en verra augmentée. Finalement, s'il peut observer un pair effectuant les mêmes démarches avec succès, cela peut le pousser à imiter un comportement semblable.

Influences contextuelles

Afin d'optimiser les chances de réussite du patient, il est nécessaire de veiller à ce que l'environnement dans lequel il entreprend un nouveau comportement soit favorable à celui-ci. En effet, il sera très difficile pour une personne obèse de tendre vers une alimentation saine si les seuls repas à dispositions sur son lieu de travail sont du type "fast-food".

Comportements promoteurs de santé

Les huit aspects susmentionnés vont déterminer l'engagement du patient dans l'adoption d'un comportement sain.

L'engagement se fera au travers d'un plan d'action, planifié et organisé afin d'être le plus accessible possible pour le patient. Ce plan d'action doit prendre en compte les demandes et les préférences du patient afin d'optimiser les chances d'aboutissement.

Pour conclure, nous voyons donc que ce modèle apporte de bons outils pour la pratique infirmière face à la problématique de l'obésité. Cependant, ce modèle nécessite un suivi de longue durée et il n'est pas possible de l'appliquer dans un milieu hospitalier où les séjours sont souvent brefs. Malgré tout, il est intéressant pour ces infirmières d'avoir connaissance de ce modèle afin de pouvoir influencer le patient positivement, notamment au travers d'attitudes et de conseils au moment de l'orienter vers les professionnels de la santé appropriés.

Méthode

4.1 4.1 Méthode PICOT

Afin de préciser et de délimiter la question de recherche, nous avons choisi d'utiliser la méthode PICOT car elle permet de systématiser la recherche bibliographique dans les bases de données et la rend donc plus efficace.

PICOT est un acronyme formé des éléments suivant: le **P** désigne la population cible ou le problème de l'étude. Le **I** fait référence à l'élément d'intérêt ou d'intervention. Le **C** pour comparaison permet de situer les éléments avec lesquels une comparaison est effectuée. Cet élément est facultatif en fonction de la question. Le **O**, de l'anglais *Outcomes*, désigne les résultats ou l'événement mesuré. Le **T** correspond au temps et permet de fixer une période sur laquelle l'étude porte. Tout comme pour l'élément de comparaison, la notion de temps est appropriée, ou non, selon la question de recherche.

Dans la méthode PICOT, il est important au préalable de déterminer la catégorie à laquelle la question appartient. Au total, 5 catégories existent, à savoir intervention (*intervention*), pronostique (*pronostic*), diagnostique (*diagnostic*), cause (*etiology*) et sens (*meaning*).

Inspirés par notre question initiale, nous avons défini la question suivante: "La perception de l'obésité par les infirmières a-t-elle un impact sur les patients obèses ainsi que sur la qualité des soins?".

La question de recherche de ce travail est de type sens (*meaning*), car il s'agit de déterminer l'influence d'un élément variable, la perception de l'obésité par l'infirmière, sur un résultat, à savoir le bien-être du patient obèse.

Cette catégorisation a permis de préciser les 5 éléments de la méthode PICOT. La population cible de l'étude est le personnel infirmier. L'élément observé est la stigmatisation de l'obésité, car dans une question de type *meaning*, le I correspond à l'élément variable. Aucun élément de comparaison n'est donné dans notre situation. L'évènement mesuré correspond à l'impact sur le patient obèse. Aucune notion de temps n'intervient dans cette recherche.

4.2 Critères de sélection des articles

Afin de trouver les articles les plus pertinents vis-à-vis de ce travail, nous avons commencé par choisir un certain nombre de mots clés en rapport avec le sujet. Un mot clé est un mot, ou groupe de mots caractérisant le contenu d'un sujet. Puis, après avoir traduit ces mots clés en anglais, nous les avons transposés en descripteurs du thésaurus de CINAHL ainsi que dans le thésaurus MeSH. Un thésaurus est un ensemble structuré de termes normalisés, appelés descripteurs, permettant de représenter les concepts d'un domaine scientifique.

Le Tableau 1 montre les mots clés et les descripteurs retenus pour les recherches.

	P	I	O
Mots clés	Nurse, primary care	Obesity, attitude, stereotypes, stigma, misperception, discrimination, prejudice	Impact, self concept, outcomes
Descripteurs MeSH	Nursing staff, nurse, nursing staff hospital, health personnel	Obesity, body weight, overweight, weight perception, attitude, stereotyping, stigmatization, social discrimination, patient harm	Health impact assessment, body image, self concept
Descripteurs CINHAL Headings	Nurse, nursing staff, practical nurse, primary Healthcare	Obesity, body weight, weight gain, obesity morbid, attitude to obesity, attitude, prejudice, stereotyping, discrimination, stigma	Outcomes, health impact assessment, quality of health care, self concept, self-esteem, body image

Tableau 1: Mots clés et descripteurs retenus

Après avoir transposé nos mots clés en descripteurs, nous les avons utilisés pour effectuer des recherches en anglais dans les bases de données Pubmed et Cinhal (voir annexe 1). Trois critères principaux ont contribué à filtrer les résultats obtenus.

Pour commencer, l'année de publication devait être comprise dans les dix dernières années. Ensuite, les titres des articles ont permis de faire un second tri, qui fût complété par une sélection plus fine basée sur le résumé des éléments restants. Pour plus de clarté, nous appellerons cette liste d'articles "sélection grossière". Finalement, afin de réduire le nombre d'articles à sept, nous avons recherché l'*Impact Factor* du journal dans lequel a été publié chacun des articles. L'*Impact Factor* d'une revue est la moyenne du nombre de fois que chaque article publié a été cité par le reste de la littérature.

Basé sur ce nouveau critère, nous avons effectué notre sélection finale en faisant un compromis subjectif entre l'*Impact Factor* et la pertinence de l'article par rapport à notre sujet (voir annexe 2).

Les articles faisant partie de la sélection finale ont été analysés à l'aide de la grille du Fortin pour permettre de répondre à la problématique soulevée dans le chapitre deux. Les différents tableaux se trouvent en annexe de ce travail.

Synthèse

des résultats / discussion

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats extraits des articles analysés et pour ce faire, nous les avons séparés en trois thématiques. Les deux premiers articles mettent en avant comment les femmes perçoivent les attitudes des soignants à leur rencontre. Les quatre articles suivants apportent des données sur l'existence de préjugés dans les services de soins. Finalement, le dernier article démontre l'impact de ces préjugés sur la qualité des soins ainsi que sur le patient obèse. Pour terminer, nous développons ces différents résultats en lien avec notre question PICOT et émettons des perspectives et propositions pour la pratique.

La perception des femmes obèses

Le premier article (Buston & Snethen, 2013) est une étude s'intéressant aux perceptions et aux expériences des femmes obèses dans les soins. La méthode Colaizzi a été utilisée pour effectuer une approche de recherche phénoménologique, laquelle permet d'interpréter des données provenant d'une recherche de type qualitative. Vingt-six femmes anglophones ayant un IMC supérieur à 30 ont été reçues lors d'une entrevue semi-structurée. L'analyse des données a permis de faire émerger quatre thèmes.

Le premier concerne les perceptions que les femmes ont de leur santé et des soins. La plupart des participantes se considèrent en bonne santé. Les participantes souffrant d'une maladie chronique telle que le diabète, l'hypercholestérolémie, l'hypertension étaient plus modérées quant à leur

état de santé et prenaient plus au sérieux leur santé. Les participantes de l'étude souhaitent vivre sainement et ont reconnu devoir prendre des mesures sérieuses pour améliorer leur santé. La plupart des participantes ont indiqué qu'elles n'évitaient pas ou qu'elles ne retardaient pas leurs rendez-vous médicaux.

La seconde thématique traite du respect de la personne. Les femmes ayant participé à l'étude souhaitent que le personnel médical et soignant prennent le temps d'écouter leur vécu afin de les comprendre et de leur fournir des soins individualisés.

L'importance du lien entre le patient et le prestataire est le troisième thème abordé. Il a été mis en avant qu'une relation positive favorisée par le prestataire est un facteur de motivation à être traité pour ces femmes. Lorsqu'elles se sentent en confiance et respectées, elles sont encouragées à chercher du soutien et des ressources pour faciliter leur perte de poids.

Finalement, l'importance pour les patientes d'exprimer ses besoins est abordé. En effet, il semble important aux participantes de pouvoir s'exprimer afin que le prestataire de soin connaisse leurs besoins. Lorsque que cela n'est pas possible, les femmes ont pris la décision de changer de prestataire de soins.

Le second article (Merrill & Grassley, 2008) s'intéresse à l'expérience des femmes en tant que patientes en surpoids. L'approche

phénoménologique van Manen's a été utilisée car elle permet de découvrir les fondements de l'expérience vécue au travers d'interviews menées face à face sans imposer de catégories sur les données elles-mêmes. Les entretiens ont été menés aux États-Unis en 2007 avec huit femmes bénévoles qui se sont identifiées comme étant des patientes en surpoids.

Les résultats ont été répartis en quatre thèmes. Tout d'abord une notion de lutte pour s'adapter au service de santé. Les femmes redoutent d'être confrontées à l'environnement clinique, notamment dans la salle d'attente lorsqu'il n'y a pas de siège adapté, ou lorsque les blouses ou les brassards à tension sont trop petits. Cela leur donne l'impression de ne pas correspondre à l'environnement des soins ce qui leur procure un sentiment d'infériorité au travers de préjugés verbaux et d'expressions non verbales.

L'équipement nécessaire n'étant souvent pas disponible, des retards sont engendrés créant de l'embarras, un sentiment de honte ainsi que de l'auto-accusation.

Les participantes ont trouvé les interactions avec les médecins spécialisés moins satisfaisantes que ceux avec leur médecin de famille ainsi que leur infirmière. Le manque de temps apparent du prestataire de soins leur donne l'impression de ne pas être écoutées.

Il a ensuite été abordé le sentiment des femmes de ne pas être tout à fait humaines. Ce thème a été identifié à la suite de commentaires fréquents

faisant références au physique les faisant se sentir vulnérables et pas totalement égales aux femmes ayant une corpulence plus mince. Lors d'attitudes méprisantes, les participantes ont eu l'impression que ce manque de respect était lié à leur poids.

Le troisième thème est le sentiment de rejet. L'interaction avec les professionnels était parfois perçue comme dégradante et gênante. Cependant, la plupart des femmes de cette étude ont relevé une bonne relation avec leur médecin de famille et leur infirmière. La rencontre avec un nouveau prestataire a, en revanche, créé un sentiment de vulnérabilité. Lorsque les prestataires ne les croyaient pas, les participantes ont exprimé un sentiment de rejet ayant ensuite engendré de la colère, une diminution de l'estime de soi et une confusion entre l'avis du médecin et la sensation que quelque chose n'allait pas.

Le dernier thème met en évidence la détermination des participantes à améliorer leur santé et à contrôler le poids en dépit de nombreuses tentatives infructueuses. Elles ont révélé qu'elles désiraient plus de soutien de la part des professionnels de la santé. Malgré la complexité du traitement de l'obésité, les professionnels de la santé devraient reconnaître la ténacité de nombreux patients qui désirent voir des changements dans leur état général et devraient les accompagner en leur apportant du soutien et les ressources appropriées.

Présence de préjugé

Le troisième article (Khandalavala, Rojanala, Geske, Koran-Scholl, & Guck, 2014) a pour objectif de mesurer les préjugés dans les soins primaires aux États-Unis. Les chercheurs ont utilisé un questionnaire nommé "*Anti-Fat Attitudes Questionnaire (AFAQ)*" et les participants proviennent d'un programme de formation continue pour les professionnels de soins primaires. Les 233 participants provenaient de différentes professions de la santé et ont été séparés selon leurs années d'expériences afin d'évaluer l'impact de ce facteur sur les préjugés.

Le questionnaire se compose de trois sous-échelles ("*Fear of Fat*" signifiant peur du gras, "*Willpower*" la volonté et "*Dislike*" l'aversion). Un test statistique nommé ANOVA a été utilisé et a permis d'examiner les différences pour chaque question et entre les sous échelles selon trois niveaux d'années d'expériences. Des différences significatives ont été identifiées concernant la sous échelle "*Dislike*" et les années d'expériences. Il s'est avéré que les professionnels avec plus de 20 ans d'expérience ont exprimé une plus grande aversion que les autres professionnels.

Les résultats mettent également en lumière l'existence d'idées fausses concernant les patients obèses, notamment la croyance que le surpoids est dû à un manque de contrôle personnel. Il n'y a globalement pas d'aversion importante ce qui permet de conclure que malgré l'augmentation de l'obésité et la présence de préjugés, l'aversion n'augmente pas.

Le quatrième article (Waller, Lampman, & Lupfer-Johnson, 2012) concerne l'évaluation de préjugés envers les personnes en surpoids provenant d'étudiants en soins infirmiers et en psychologie. La connaissance du manque d'impartialité des étudiants en soins infirmiers permet de mettre en place une intervention précoce pour diminuer la stigmatisation associée à l'obésité et aider les élèves à reconnaître leurs propres préjugés pour empêcher un mauvais traitement envers cette classe de patients. La méthode utilisée est un test d'association implicite informatisé permettant de déterminer les attitudes implicites de 90 participants. Des préjugés implicites significatifs ont été détectés envers les personnes en surpoids dans les deux groupes de sujets et dans deux paramètres cibles (médical et non médical). Des préjugés plus importants ont été détectés envers les femmes en surpoids par rapport aux hommes.

Le cinquième article (Ward-Smith & Peterson, 2016) décrit une étude qui définit les attitudes et les croyances d'infirmières envers les personnes obèses. Le recrutement des participantes s'est fait à l'occasion d'une conférence nationale où 358 infirmières ont répondu à une enquête développée par le chercheur.

L'analyse factorielle a identifié trois composantes: les caractéristiques personnelles, les résultats comportementaux et l'état de santé. La première composante a permis de mettre en avant ce que pensent les infirmières à propos des caractéristiques personnelles des patients obèses. Il en est

ressorti ces croyances: ne pas être autant bien que les autres personnes, de pas avoir de succès, ne pas être une personne que l'on souhaite marier, ne pas être soigné et ne pas avoir d'avenir familial. Dans la deuxième composante, les résultats des croyances des infirmières sur les comportements des personnes obèses englobent de ne pas être heureux, de ne pas être socialement ou sexuellement attractif, de ne pas être autant intelligent que les autres et d'utiliser la nourriture comme moyen de compenser un manque d'amour et d'attention. Finalement, la dernière composante concernant l'état de santé englobe le fait d'être dépendant à la nourriture, de manquer de volonté et d'être en mauvaise santé.

Les résultats démontrent que les croyances et les attitudes des infirmières viennent influencer leurs perceptions des personnes obèses et qu'il est dès lors difficile de les traiter de manière isolée.

Le sixième article (Brown, Stride, Psarou, Brewins, & Thompson, 2007) traite de la gestion de l'obésité dans les soins primaires avec un accent sur les pratiques des infirmières, les croyances et les attitudes de celles-ci. 398 infirmiers provenant d'Angleterre ont participé à l'étude.

Il a été relevé qu'une consultation liée à l'obésité dure en moyenne treize minutes, et qu'elle est la plupart du temps effectuée par des infirmières pratiques nommées "*Nurse practice*". Les deux principaux conseils qu'elles apportent aux patients obèses sont de consulter un diététicien et de faire des activités sportives. Le niveau d'étude du soignant est le principal

facteur quant à la qualité des conseils donnés, suivi de façon moins significative par les années d'expériences. D'autres critères tels que l'âge, le sexe et l'IMC n'influencent pas ce domaine d'activité.

Concernant les croyances, la plupart des infirmières pensent que l'obésité est un sujet préoccupant et que les problèmes de santé tels que le cancer ou les maladies cardiaques sont liés à l'obésité des patients. Les participants pensent que le milieu familial est une des causes principales de l'obésité, complétée par des choix personnels concernant la nourriture et les activités sportives. De plus, 40% des infirmières pensent que les personnes obèses sont plus fainéantes que les autres.

L'aspect des attitudes est également abordé. La moitié des participants pensent qu'un comportement empathique a un impact positif sur le patient. Néanmoins, ceux-ci trouvent qu'il n'y a pas de stratégie ou de cadre clair pour aborder le sujet de l'obésité.

Impact des préjugés sur la qualité des soins et sur le patient obèse

Phelan et al. (2015) présente dans ce septième article une étude qui s'intéressant à l'impact des préjugés et des stigmatisations du poids sur la qualité des soins et des conséquences pour les patients obèses. Pour ce faire, une revue des données empiriques a été réalisée sur le sujet via les moteurs Medline et PsychInfo.

Les résultats ont été séparés en trois groupes.

L'impact des stigmatisations de l'obésité sur les croyances des prestataires de soin est développé dans le premier d'entre eux. Il est relevé que les prestataires sont peu susceptibles de discriminer de façon flagrante et intentionnelle leurs patients. Cependant, leur attitude concernant l'obésité peut avoir une influence sur le patient de différentes manières, par exemple au travers d'un sentiment de mépris envers le bénéficiaire ou d'attitudes inadéquates et indésirables péjorant la qualité de la rencontre. La qualité des soins peut être moindre si la communication est moins centrée sur le patient, si moins de respect est accordé à celui-ci, si moins de temps est passé à la promotion de la santé et si les seuls traitements entrepris sont limités aux conseils de perte de poids.

Dans le deuxième groupe, les résultats se concentrent sur l'impact de la stigmatisation sur les patients. Les effets de la stigmatisation sont à la fois immédiats et à long terme. Les effets directs peuvent être une réduction de la qualité de la rencontre avec le patient ayant comme conséquence une diminution des résultats sur les traitements ainsi que de la satisfaction du bénéficiaire de soins.

Quand une personne vit une expérience discriminatoire, elle peut s'attendre à revivre un mauvais traitement. Cette menace peut être préoccupante et générer un haut niveau de stress qui peut diminuer la capacité de la personne à communiquer et perturber la fonction cognitive. Les effets à long terme comprennent l'évitement des soins cliniques.

Il s'avère que les patients déclarant se sentir jugés par leurs prestataires sont moins susceptibles de rechercher ou d'atteindre une perte de poids réussie.

Un entretien thérapeutique standard peut contenir des éléments indiquant au patient qu'il sera catégorisé en raison de son poids, comme par exemple des conseils de poids non sollicités.

Il est également prouvé que de nombreux prestataires n'aiment pas traiter l'obésité, ne sont pas suffisamment préparés à le faire et n'ont que peu d'espoir que ces patients ne changent de style de vie. Ces différents éléments peuvent s'exprimer par des comportements non-verbaux, comme le ton de la voix. Ils peuvent également suggérer des hypothèses trop naïves quant aux causes de l'obésité. De plus, les solutions simplistes et irréalistes peuvent amener plus de négatif que de positifs, comme de faux espoirs pour les patients.

L'équipement d'un service de soins peut également être la source de situations humiliantes, comme par exemple, lorsque du matériel adéquat n'est pas disponible et doit être acheminé spécialement pour le patient.

Le dernier groupe contient les stratégies potentielles permettant de réduire la stigmatisation de l'obésité dans les soins cliniques. Les principales pistes sont une meilleure préparation des prestataires à la prise en charge de

patients obèses ainsi qu'une adaptation des infrastructures hospitalières pour cette catégorie de la population.

5.1 Développement des résultats en lien avec la question

PICOT

Les différents résultats extraits des articles apportent des éléments de réponses à notre question de recherche. Néanmoins, afin d'être compréhensibles et exploitables ils nécessitent d'être restructurés et synthétisés. Pour ce faire, les éléments de la question PICOT serviront de fil rouge à la synthèse.

Pour rappel, la question PICOT est la suivante: *"La perception de l'obésité par les infirmières a-t-elle un impact sur les patients obèses ainsi que sur la qualité des soins?"*. Tout d'abord, nous décrivons les caractéristiques des infirmiers étant corrélées avec des attitudes stigmatisantes. Nous nous intéressons ensuite aux formes de stigmatisations de l'obésité et pour finir nous développons les impacts que cela peut avoir sur le patient obèse.

Caractéristiques des soignants influençant la stigmatisation de l'obésité

Une attitude négative de la part des soignants, y compris des infirmières, est dénoncée par Ward-Smith & Peterson (2016). L'influence de certaines caractéristiques est controversée, comme par exemple l'impact de

l'âge ou de l'IMC de l'infirmière (Brown & al., 2007; Ward-Smith & Peterson, 2016). Le nombre d'années d'expérience professionnelle aurait quant à lui tendance à accentuer l'aversion envers les patients obèses (Khandalavala, Rojanala, Geske, Koran-Scholl, & Guck, 2014).

Cette attitude négative généralisée provient probablement du fait qu'une majorité de soignants n'est pas consciente de sa propre aversion pour l'obésité et stigmatise donc de façon implicite les patients souffrant de cette maladie (Waller, Lampman, & Lupfer-Johnson, 2012). Cet élément se retrouve chez les professionnels de la santé et spécialistes de promotion de la santé. En effet, bien qu'ils soient peu enclins à discriminer de façon flagrante et intentionnelle leurs patients, des comportements plus subtils peuvent avoir un résultat discriminatoire (Phelan & al., 2015).

L'étude menée par Brown & al. (2007) sur les infirmières apporte également divers éléments à ce sujet. D'une part, les infirmières pensent que l'obésité est un problème important de santé et sont conscientes que le soutien des patients dans la gestion de l'obésité fait partie de leur rôle. Mais d'autre part, une majorité d'entre elles pense que les patients concernés n'ont pas la volonté de changer, ce qui leur procure frustration et perçoivent l'effort fourni comme très peu valorisé (Mercer & Tessier, 2001; dans Brown & al., 2007).

En revanche, les infirmières faisant preuve d'empathie envers les patients obèses et donnant du crédit à leurs vécus en adoptant une attitude

respectueuse auront moins d'attitudes discriminatoires (Buston & Snethen, 2013).

Nature des préjugés, des attitudes et des croyances

Bien que les hommes obèses sont aussi stigmatisés, Waller & al. (2012) et Ward-Smith & Peterson (2016) ont relevé que les femmes le sont plus rapidement. En effet, les attitudes négatives apparaîtraient déjà à partir d'un IMC de 27 chez les femmes alors qu'il faut atteindre 35 pour les hommes.

Les attitudes négatives de la part des soignants envers les patients obèses les plus fréquemment relevés sont un raccourcissement du temps consacré durant les consultations, du mépris, du scepticisme quant aux mesures déjà entreprises (Merrill & Grassley, 2008), ainsi que des commentaires et remarques déplacées et manquant de tact (Buston & Snethen, 2013).

Khandalavala & al. (2014) relèvent que les croyances récurrentes des soignants sont que les patients obèses sont plus fainéants, plus bêtes et ont moins de valeur que les autres. Buston & Snethen (2013) ajoutent que les soignants pensent qu'il est nécessaire de mettre les patients obèses au régime durant le temps d'hospitalisation. Le manque de maîtrise de soi est également une croyance répandue relevée par Waller & al. (2012). Cette croyance peut expliquer le manque d'initiative de la part des soignants à

effectuer de la promotion de la santé. Brown & al. (2007) généralisent ces différents éléments en déclarant que les infirmières croient que les personnes obèses sont responsables de leur propre état.

Une forme de stigmatisme provient des infrastructures hospitalières inadaptées à ce type de patients. Merrill & Grassley (2008) énoncent par exemple des chaises trop petites dans les salles d'attentes, des blouses inadaptées aux corpulences fortes et des brassards de prise de tension trop étroits.

Buston & Snethen (2013) relèvent que les stigmatisations à l'encontre de la population obèse sont socialement mieux acceptées qu'envers d'autres groupes (ethnique, religieux, etc.). Ce cautionnement rend la stigmatisation normale et risque de provoquer une augmentation des comportements discriminatoires ainsi qu'un manque d'intérêt du domaine médical à prendre des mesures pour endiguer ces comportements.

Conséquences pour le patient

En étudiant les conséquences de la stigmatisation des patients obèses par le personnel soignant, il ressort que la qualité des soins prodigués à cette catégorie de la population se trouve péjorée (Ward-Smith & Peterson, 2016). En effet, le diagnostic des patients obèses peut se trouver biaisé par la volonté du corps médical et soignant de rattacher tous les symptômes à l'obésité (Drury & Louis, 2002; dans Brown & al., 2007).

L'impact émotionnel et sentimental est une autre conséquence de cette stigmatisation. En effet, Ward-Smith & Peterson (2016) relatent des sentiments de honte, de marginalisation et un état anxieux suite à des attitudes négatives d'infirmières. La diminution de l'estime de soi et une péjoration de l'image de soi sont également des conséquences possibles (Myers & Rosen, 1999; dans Waller & al., 2012). Merrill & Grassley (2008) nomment pour leur part la mise en doute des paroles du patient au cours d'une consultation et le sentiment de rejet qui peut s'en suivre ainsi que la peur de reproche. Ces sentiments génèrent ensuite de la colère et une diminution de l'estime de soi. Ces patients ont également vécu l'interaction avec les infirmières comme dégradante et gênante.

Les patients obèses peuvent également redouter d'être confrontés à un environnement de soins inadaptés leur donnant l'impression de ne pas correspondre aux normes sociales et ayant pour conséquence de procurer un sentiment d'infériorité. Le retard engendré par la recherche de matériel adapté peut quant à lui engendrer de l'embarras, un sentiment de honte ou encore de l'auto-accusation (Merrill & Grassley, 2008).

Tous les éléments précédents peuvent se solder par un évitement des soins conduisant ensuite à renoncer à prendre soins d'eux-mêmes ou à se traiter par leurs propres moyens (Phelan & al., 2015). Ceux-ci peuvent amener à des complications des symptômes existants provoqués par l'obésité (Brownell & al., 2005; dans Merrill & Grassley, 2008). Buston & Snethen

(2013) obtiennent des résultats contradictoires, mais sur un panel de sujets très réduits (huit participants).

5.2 Perspectives et propositions pour la pratique

Avant tout, il est nécessaire pour les soignants, y compris les infirmières, de prendre conscience de leurs propres préjugés et stigmatisations envers les patients obèses. Pour cela, des formations dédiées à la gestion de l'obésité peuvent être entreprises. Ces formations devraient aborder les causes de l'obésité afin d'éradiquer de nombreuses fausses croyances, mais également mettre en lumière les attitudes appropriées et inappropriées à avoir avec ce type de patients (Brown & al., 2007). Cela permettrait également de mettre le personnel soignant en confiance grâce à de nouvelles connaissances et une assurance que les actions entreprises ont un sens.

Il est important que tout professionnel de la santé propose des soins holistiques et ne se focalise pas exclusivement sur l'obésité. Ceci permet de montrer également du respect au patient en lui montrant que sa personne entière est prise en compte, et non pas seulement son obésité. De cette façon, il sera possible de travailler en équipe avec le patient et de le rendre acteur de sa santé au travers d'un changement de style de vie (Buston & Snethen, 2013), par exemple en l'encourageant à ne pas se focaliser sur la perte de poids, mais plutôt sur les autres bénéfices d'une alimentation saine

et de l'activité sportive. Les différents éléments de la théorie de soins de Nola Pender, abordée précédemment dans le chapitre *Concepts*, peuvent être de précieux outils dans cette démarche.

Le respect du patient dans sa globalité par le soignant, combiné à la compassion et l'empathie permet d'éviter des situations où celui-ci évite les soins. Une adaptation des infrastructures peut également avoir des répercussions positives sur le patient en lui démontrant qu'il est accepté et non pas rejeté (Buston & Snethen, 2013; Merrill & Grassley, 2008).

Le dernier élément, applicable tant dans le domaine privé que professionnel, serait de valoriser la diversité des tailles corporelles au travers, par exemple, d'images positives et non stéréotypées de personnes obèses (Phelan & al., 2015).

Conclusion

6.1 Éléments contraignants et facilitateurs

Durant ce travail, différents éléments ont contraints ou facilités sa réalisation. Le premier d'entre eux concerne mon parcours académique particulier. En effet, ayant effectué une formation entrecoupée de deux pauses en pleine période de restructuration du plan d'études, j'ai dans mon parcours d'importantes lacunes théoriques quant au domaine de la recherche. Néanmoins, ces lacunes théoriques ont pu être compensées par un effort important d'apprentissage par la pratique. C'est pourquoi je me sens maintenant tout à fait à l'aise de réutiliser mes compétences de recherche lors de ma future pratique professionnelle. De plus, lors d'une prochaine recherche documentaire, je serai plus efficace grâce à une démarche plus structurée et une utilisation optimale des différents outils, notamment l'utilisation des différents thésaurus dont je comprends désormais l'utilité.

La langue a semblé dans un premier temps être une barrière dans la réalisation de ce travail. N'ayant que très peu pratiqué l'anglais durant ce cursus de Bachelor, j'ai dû déployer un effort important afin d'être en mesure de comprendre et d'analyser une littérature scientifique comprenant une quantité importante de termes techniques. Cependant, l'énergie investie dans ce domaine me permet maintenant d'élargir mon champ de recherche d'informations, qu'il soit professionnel mais également personnel.

Ayant effectuée ce travail seule, je n'ai pas eu la possibilité de m'appuyer sur des compétences d'un, ou de plusieurs, partenaires ni d'avoir un second avis lors de choix critiques, ni encore de pouvoir partager la charge de travail. C'est pourquoi j'ai dû développer différentes compétences, telles que le sens critique, l'esprit de synthèse et une gestion optimale du temps à disposition, afin de mener à bien cette recherche.

Un élément particulièrement facilitant pour ce travail fût l'accès au catalogue d'abonnements à des journaux scientifiques fourni par la Haute École ARC. En effet, l'accès aux articles entiers a permis, lors de la sélection, de baser le choix sur davantage de matières uniquement.

6.2 Limites

Une première limite de ce travail est qu'aucune étude n'est suisse et que les éléments de réponses apportés ne reflètent donc peut-être pas totalement la réalité de la problématique dans notre pays. De plus, les systèmes de santé étant différents dans les pays étudiés, aucune information n'a pu être trouvée quant à ce sujet dans un milieu hospitalier et plus particulièrement, dans des services de soins aigus. Cette limite nous empêche de valider une hypothèse émise dans la problématique, à savoir si la promotion de la santé envers les patients obèses est délaissée dans les services de chirurgie.

La population cible de la majorité des articles ne se limitaient pas non plus exclusivement aux infirmières, mais traitaient de façon plus générale des soignants et médecins.

Enfin, les résultats de ce travail sont uniquement tirés de la littérature scientifique et aucune expérience du terrain n'a pu les valider et n'ont pu être intégrés à celui-ci.

6.3 Perspectives pour la recherche

Plus de recherches devraient être effectuées afin de bien comprendre l'impact de la stigmatisation sur les patients obèses (Brown & al., 2007). De plus, axer ces recherches sur des services de soins aigus permettrait de combler une lacune importante existant actuellement dans la littérature.

Etant donné que prodiguer des soins aigus à cette partie de la population peut être particulièrement complexe, des études pourraient évaluer si la fréquence des soins aux patients obèses influence positivement, ou négativement, les attitudes qu'ont les soignants durant leurs carrières. De plus, les caractéristiques personnelles identifiées des soignants influençant la stigmatisation sont actuellement controversées. Il serait donc nécessaire de vérifier ces données à l'aide de nouvelles études sur de plus grandes populations, notamment en Europe.

Il serait également intéressant de mener de plus amples recherches sur la thématique de l'estime soi. Notamment, savoir si les infirmières

effectuent des actions pour traiter cette problématique chez les patients obèses, et si tel est le cas, quelles sont ces interventions. Aucune information à ce sujet n'a été trouvée durant notre recherche dans la littérature scientifique.

Finalement, de nouvelles interventions auprès des infirmières devraient être développées et testées pour prévenir et réduire les préjugés concernant l'obésité.

Références

- André, C., & Lelord, F. (1999). *L'estime de soi*. Paris: Odile Jacob.
- Audétat, M. (2010). L'obésité n'est plus ce qu'elle était. *L'HEBDO*, 20 - 21.
Consulté à l'adresse
<https://www.rts.ch/emissions/geopolitis/divers/4841945.html/BINARY/hebdo-obeses.pdf>
- Barthassat, V., Lagger, G., & Golay, A. (2008). Représentations, comportements et obésité. *Revue Médicale Suisse*, 4, 848-853.
- Boegner, C. (2012). Outil d'auto-questionnement du patient obèse. Suisse.
- Brown, I., Stride, C., Psarou, A., Brewins, L., & Thompson, J. (2007). Management of obesity in primary care: Nurses' practices, beliefs and attitudes. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 329-341.
doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04297.x
- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2010). *Classification des interventions de soins infirmiers* (5ème ed.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Buston, B., & Snethen, J. (2013). Obese Women's Perceptions and Experiences of Healthcare and Primary Care Providers: A Phenomenological Study. *Nursing Research*, 62(4), 252-259.
doi:10.1097/NNR.0b013e318299a6ba
- Conseil International des Infirmières (CII). (2015). Definition of Nursing.
Consulté 16 décembre 2015, à l'adresse <http://www.icn.ch/fr/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
- Corminboeuf, Y., & Giusti, V. (2014). Rôle de l'approche psychologique dans la prise en charge des patients obèses. *Revue Médicale Suisse*, 4, 686-690.
- Dangaix, D. (2010). « L'obésité a des causes sociales et culturelles multiples ». *La Santé de l'homme*, (408), 41 - 42. Consulté à l'adresse <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-408.pdf>
- Delhomme, P., Dru, V., Finkelstein, R., Verliac, J.-F., Mazé, C., Meyer, T., & N'gbala, A. (2005). *Psychologie sociale*. (Hachette, éd.).
- Dimensions sociales de la stigmatisation | G.R.O.S. (s. d.). Consulté 18 décembre 2015, à l'adresse <http://www.gros.org/dimensions-sociales-de-la-stigmatisation>

- EMC (Elsevier Masson SAS). (2009). Conception de soi. *Savoirs et soins infirmiers*, (60-350-A-60).
- Fortin, J., & Fayard, A. (2012). Stigmatisation: quel impact sur la santé. *La Santé de l'homme*, (419), 7 - 8. Consulté à l'adresse <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-419.pdf>
- G.R.O.S. (2015). Thérapies comportementales et cognitives. Consulté à l'adresse <http://www.gros.org/therapies-comportementales-et-cognitives>
- 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. doi:10.1186/1471-2458-9-88
- Kérouac, S., Pepin, J., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e éd.). Montréal: Chenelière Education.
- Khandalavala, B. N., Rojanala, A., Geske, J. A., Koran-Scholl, J. B., & Guck, T. P. (2014). Obesity bias in primary care providers. *Family Medicine*, 46(7), 532-535.
- Larousse. (2013). *Le Petit Larousse illustré*. Paris: Larousse.
- Merrill, E., & Grassley, J. (2008). Women's stories of their experiences as overweight patients. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), 139-146. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04794.x
- Mias, L. (2001). Besoins, Maslow et Henderson. Consulté 29 octobre 2015, à l'adresse <http://papidoc.chic-cm.fr/573MaslowBesoins.html>
- Mühlemann, P., & Renggli, A. (2012). *Stratégie alimentaire suisse 2013-2016*. Office Fédéral de la santé publique (OFSP).
- Office fédéral de la santé publique. (2014). *MOSEB, Alimentation et activité physique en Suisse*. Berne. Consulté à l'adresse [https://www.sanitas.com/content/dam/Challenge/Hast du gewusst/Neue Studien/MOSEB_FR_2014.PDF](https://www.sanitas.com/content/dam/Challenge/Hast%20du%20gewusst/Neue%20Studien/MOSEB_FR_2014.PDF)
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2008). *Programme national alimentation et activité physique (PNAAP) 2008 – 2012*. Consulté à l'adresse http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/13227/index.html?lang=fr
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2007). *Excès pondéral chez l'adulte en Suisse : aspects d'une problématique multifactorielle*.
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2014). *Surpoids et obésité, enquête*

suisse sur la santé 2012. Neuchâtel.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010). *Perspective de l'exercice de la profession d'infirmière*. Westmount (Québec).

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Québec.

Organisation Mondiale de la Santé. (2015). Obésité et surpoids. World Health Organization. Consulté 8 mai 2016, à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2003). *Obésité: Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*. Genève. Consulté à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42330/1/WHO_TRS_894.pdf?ua=1

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice-Hall.

Perret, F. (2010). On grossit à vue d'oeil. *L'HEBDO*, 16 - 19. Consulté à l'adresse <https://www.rts.ch/emissions/geopolitis/divers/4841945.html/BINARY/hebdo-obeses.pdf>

Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & van Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, 16(4), 319-326. doi:10.1111/obr.12266

Puhl, R. (2009). Stigmatisation de l'obésité : causes, effets et quelques solutions pratiques. *DiabetesVoice*, 54, 25-28. Consulté à l'adresse http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2009_1_Puhl_FR.pdf

Service Education permanente Question Santé asbl. (2009). Obésité, les normes en question. Bruxelles. doi:10.1017/CBO9781107415324.004

Stamm, H., Fischer, A., Wiegand, D., & Lamprecht, M. (2015). *Recueil d'indicateurs du Système de monitoring alimentation et activité physique (MOSEB)*. Office Fédéral de la santé publique (OFSP). Consulté à l'adresse https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwip7-SiyLHMAhXKCpoKHZbUChQQFggdMAA&url=http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/index.html?lang=fr&download=NHzLpZeg7t,Inp6I0NTU042I2

Suter, M., & Giusti, V. (2013). Chirurgie bariatrique en 2013: principes,

avantages et inconvénients des interventions à disposition. *Revue Médicale Suisse*, 9, 658-663.

Waller, T., Lampman, C., & Lupfer-Johnson, G. (2012). Assessing bias against overweight individuals among nursing and psychology students: An implicit association test. *Journal of Clinical Nursing*, 21(23-24), 3504-3512. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04226.x

Ward-Smith, P., & Peterson, J. A. (2016). Development of an instrument to assess nurse practitioner attitudes and beliefs about obesity. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(3), 125-129. doi:10.1002/2327-6924.12281

Zermati, J.-P. (2011). Conférence sur les « Dangers des régimes amaigrissants ». *G.R.O.S.* Consulté 8 mai 2016, à l'adresse <http://www.gros.org/conference-sur-les-dangers-des-regimes-amaigrissants>

Zermati, J.-P., Apfeldorfer, G., & Waysfeld, B. (2010). *Traiter l'obésité et le surpoids*. Paris: Odile Jacob.

Annexes

Annexe 1: Tableau récapitulatif des recherches effectuées

Base de donnée exploitée	Descripteurs	Nombre total d'articles	Nombre d'articles retenus
Cinahl	Obesity, Nursing, stereotypes	7	4
Cinahl	Obesity, nurse, (perceptions OR attitudes OR opinions)	45	2
Pubmed	Obesity, nurse, stigma	15	1
Pubmed	Obesity, nursing, stigma	22	3
Pubmed	Obesity, health care, stereotyping, stigma	36	2
Pubmed	Obesity, nursing, attitudes	390	5
Pubmed	Obesity, health care, stigma, prejudice	28	5
Pubmed	Weight perception, nurse, Attitude	24	2

Annexe 2: Tableau des articles retenus avec les 7 articles définitifs sélectionnés en gras.

Articles	Impact Factor	Année
Alberga, A. S., Pickering, B. J., Alix Hayden, K., Ball, G. D. C., Edwards, A., Jelinski, S., ... Russell-Mayhew, S. (2016). Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. <i>Clinical Obesity</i> , 6(3), 175-188. doi :10.1111/cob.12147	0	2016
Barnes, R. D., Ivezaj, V., & Grilo, C. M. (2014). An examination of weight bias among treatment-seeking obese patients with and without binge eating disorder. <i>General Hospital Psychiatry</i> , 36(2), 177-180. doi:10.1016/j.genhosppsych.2013.10.011	2.606	2014
Buston, B., & Snethen, J. (2013). Obese Women's Perceptions and Experiences of Healthcare and Primary Care Providers: A Phenomenological Study. <i>Nursing Research</i>, 62(4), 252-259. doi :10.1097/NNR.0b013e318299a6ba	1.356	2013
Brown, I. (2006). Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: Literature review. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 53(2), 221-232. doi :10.1111/j.1365-2648.2006.03718.x	1.342	2006
Brown, I., Stride, C., Psarou, A., Brewins, L., & Thompson, J. (2007). Management of obesity in primary care: Nurses' practices, beliefs and attitudes. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 59(4), 329-341. doi :10.1111/j.1365-2648.2007.04297.x	1.442	2007
Brown, I., & Thompson, J. (2007). Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 60(5), 535-543. doi :10.1111/j.1365-2648.2007.04450.x	1.442	2007
Brown, I., Thompson, J., Tod, A., & Jones, G. (2006). Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. <i>The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners</i> , 56(530), 666-72. Repéré à http://bjgp.org/content/56/530/666.abstract	1.938	2006

Engström, M., Skytt, B., Ernesäter, A., Fläckman, B., & Mamhidir, A. G. (2013). District nurses' self-reported clinical activities, beliefs about and attitudes towards obesity management. <i>Applied Nursing Research</i> , 26(4), 198-203. doi :10.1016/j.apnr.2013.06.009	1.144	2013
Gray, C., Hunt, K., Lorimer, K., Anderson, A., Benzeval, M., & Wyke, S. (2011). Words matter: a qualitative investigation of which weight status terms are acceptable and motivate weight loss when used by health professionals. <i>BioMed Central</i> . doi :10.1186/1471-2458-11-513	1.997	2011
Gudzune, K. A., Bennett, W. L., Cooper, L. A., & Bleich, S. N. (2014). Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers. <i>Patient Education and Counseling</i> , 97(1), 128-131. doi :10.1016/j.pec.2014.06.019	2.975	2014
Gujral, H., Tea, C., & Sheridan, M. (2011). Evaluation of nurse's attitudes toward adult patients of size. <i>Surgery for Obesity and Related Diseases</i> , 7(4), 536-540. doi :10.1016/j.soard.2011.03.008	3.929	2011
Hansson, L. M., Rasmussen, F., & Ahlstrom, G. I. (2011). General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. <i>BMC family practice</i> , 12(1), 7. doi :10.1186/1471-2296-12-7	1.799	2011
Khandalavala, B. N., Rojanala, A., Geske, J. A., Koran-Scholl, J. B., & Guck, T. P. (2014). Obesity bias in primary care providers. <i>Family Medicine</i>, 46(7), 532-535.	1.700	2014
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. <i>BMC public health</i> , 10(1), 309. doi :10.1186/1471-2458-10-309	2.364	2010
Lumley, E., Homer, C. V., Palfreyman, S., Shackley, P., & Tod, A. M. (2015). A qualitative study to explore the attitude of clinical staff to the challenges of caring for obese patients. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 3594-3604. doi :10.1111/jocn.13016	1.255	2015

Merrill, E., & Grassley, J. (2008). Women's stories of their experiences as overweight patients. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 64(2), 139-146. doi :10.1111/j.1365-2648.2008.04794.x	1.654	2008
Nicholls, W., Pilsbury, L., Blake, M., & Devonport, T. J. (2016). The attitudes of student nurses towards obese patients: A questionnaire study exploring the association between perceived causal factors and advice giving. <i>Nurse Education Today</i> , 37, 33-37. doi :10.1016/j.nedt.2015.11.009	1.806	2016
Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & van Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. <i>Obesity Reviews</i>, 16(4), 319 326. doi :10.1111/obr.12266	7.995	2015
Phillips, K., Wood, F., & Kinnersley, P. (2014). Tackling obesity: The challenge of obesity management for practice nurses in primary care. <i>Family Practice</i> , 31(1), 51-59. doi :10.1093/fampra/cmt054	0.894	2014
Poon, M. Y., & Tarrant, M. (2009). Obesity: Attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 18(16), 2355 2365. doi :10.1111/j.1365-2702.2008.02709.x	1.194	2009
Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. <i>American Journal of Public Health</i> , 100(6), 1019-1028. doi :10.2105/AJPH.2009.159491	3.85	2010
Sikorski, C., Luppia, M., Glaesmer, H., Brähler, E., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2013). Attitudes of health care professionals towards female obese patients. <i>Obesity Facts</i> , 6(6), 512-522. doi :10.1159/000356692	1.705	2013
Waller, T., Lampman, C., & Lupfer-Johnson, G. (2012). Assessing bias against overweight individuals among nursing and psychology students: An implicit association test. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 21(23-24), 3504-3512. doi :10.1111/j.1365-2702.2012.04226.x	1.316	2012
Ward-Smith, P., & Peterson, J. A. (2016). Development of an instrument to assess nurse practitioner attitudes and beliefs about obesity. <i>Journal of the American Association of Nurse Practitioners</i>, 28(3), 125-129. doi :10.1002/2327-6924.12281	1.017	2016

Annexe 3: Grilles du Fortin (2010)

Management of obesity in primary care: Nurses' practices, beliefs and attitudes (Brown et al., 2007)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude?</p> <p>Les concepts clés sont clairement précisés. En effet, il s'agit d'une étude concernant la gestion de l'obésité dans les soins primaires avec un intérêt pour les pratiques des infirmières, leurs croyances et leurs attitudes.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Le résumé synthétise la recherche: but de la recherche avec le contexte, la méthode, les résultats et la conclusion.</p> <p>Cette étude a pour objectif d'investiguer les tendances de la pratique clinique, les croyances et les attitudes des infirmières de soins primaires en ce qui concerne la gestion de l'obésité.</p> <p>La gestion de l'obésité est devenue une question prioritaire et les infirmières en soins primaires jouent très certainement un rôle important dans cette gestion. De plus, peu d'études ont été faite sur ce sujet.</p> <p>L'enquête s'est faite sous forme de corrélation et à été réalisé entre avril et mai 2006. Il y a eu un taux de réponse de 72,3% parmi les 564 infirmières dans les structures de soins primaires en Angleterre.</p> <p>Concernant les résultats, peu de répondants ont eu une formation sur la gestion de l'obésité et la plupart n'était pas au courant qu'il était possible de le faire. Il n'y a quasiment pas</p>

	<p>eu de stéréotypes négatives importants. Par contre certaines croyances négatives ainsi que attitudes relatives à l'obésité et aux patients obèses ont été rapporté.</p> <p>Pour conclure, il est nécessaire de former les infirmières et d'organiser la gestion de l'obésité dans les soins primaires. La formation devrait également aborder le thème des croyances et des attitudes envers les patients obèses.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit? Que s'agit-il d'étudier? • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p>Le problème de l'étude est clairement formulé. L'obésité consiste en un excès de graisse associé à des risques de diabète, cardiovasculaire et autres maladies communes (Campbell & Haslam, 2005). Sa prévalence a augmenté durant une courte période dans le monde entier (WHO, 2000) et la gestion ainsi que la prévention de l'obésité sont devenues une préoccupation pour la santé publique (Kumanyika et al. 2002). Plusieurs pays recommande de modifier le mode de vie comme interventions pour aider les patients obèses (SIGN, 1996, National Heart Lung and Blood Institute, 1998). Les infirmières ont un rôle important dans ce domaine, particulièrement les infirmières en soins primaires (Chambers & Wakley, 2002, National Obesity Forum, 2004).</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter

	<p>une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension présente t'elle des sources primaires ? <p>Une recension a été entreprise qui fournit une synthèse de l'état actuel sur la recherche. Cette recension nous semble solide car chaque argument est accompagné d'une source primaire. Tout d'abords la recension est faite de manière large, avec des sources qui mettent en avant que la gestion de l'obésité est une priorité pour les infirmières en soins primaires (Timmerman et al., 2000, Hankey et al., 2003, Hoppe and Ogden, 1997, etc.). Puis, la recension se précise vis à vis des attitudes et des croyances des infirmières dans leurs pratiques. Il n'y a malheureusement pas beaucoup d'études sur ce sujet (Brown, 2006, Mercer and Terriser, 2001 et Hoppe and Ogden, 1997).</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <p>Le concept de l'obésité a été défini dans l'introduction de manière concise et adéquate. Il a aussi été mis en avant la nécessité de fournir des prestations aux personnes qui ont besoin d'aide dans la gestion de leur poids. Le concept des soins infirmiers est abordé, pas de manière globale mais en abordant le rôle de la prévention. Une description sur le fonctionnement des soins infirmiers en Angleterre est fournit étant donné que l'étude se déroule dans ce pays. Il n'y a</p>

	<p>cependant pas de définition à propos des croyances et des attitudes.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p>Le but de l'étude est explicite et concis. Les variables clés sont clairement énoncées. Les attitudes et les croyances sont les éléments qui vont être mesurés. Malgré le peu d'étude sur ces éléments, il a été mis en évidence l'existence d'attitudes négatives envers les patients obèses ainsi que les répercussions que cela peut avoir sur leur santé (Brown et al, 2006). La population à l'étude concerne les infirmières en soins primaires.</p> <p>La recension des écrits découle logiquement du but de l'étude et est en adéquation avec la question de recherche. Elle traite de l'expérience des participants ainsi que leurs croyances.</p> <p>La question de recherche s'appuie sur le cadre théorique avec des sources primaires.</p>
METHODE	

Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>La population visée est bien définis. L'échantillon choisit est détaillé, il s'agit d'infirmières travaillant avec quatre fondations provenant du nord de l'Angleterre. Ces fondations, que l'on nomme "Primary care trusts (PCTs)", sont décrit comme normal, ils ne fournissent pas d'initiatives spéciales pour lutter contre l'obésité et le nombre d'adultes obèses qui y sont soignés correspondent au pourcentage de personnes obèses sur le plan national. Toutes les infirmières qui travaillent avec ces fondations ont été inclut dans l'étude, y compris les infirmières qui travaillent à domicile. Au total, 564 employés ont été questionnés.</p> <p>La taille de l'échantillon a été déterminée sur une base statistique. Ils ont effectués une étude pilote constitué de 32 infirmières qui a permis d'établir la taille de l'échantillon nécessaire. Leur préoccupation principale était de s'assurer d'avoir un échantillon adéquat pour l'analyse. Ils ont conclut qu'un échantillon de 300 cas serait approprié et ont estimé</p>
---------------------------	---

	qu'ils auraient plus de 90% de chance d'avoir des résultats probants.
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p>L'étude a été approuvée par un comité éthique de recherche local qui fait partie du service de santé national d'Angleterre. Le retour du questionnaire a été considéré comme un consentement du répondant à participer à l'étude.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>Le devis utilisé qui est de type qualitatif permet à l'étude d'atteindre son but. La méthode de recherche est conciliable avec l'outil de collecte des données et elle est appropriée à l'étude du problème.</p> <p>Les participants ont reçu un questionnaire à remplir eux-même.</p> <p>L'enquête a eu lieu d'avril à mai 2006, les répondants ont pu répondre au questionnaire durant 8 semaines.</p>

Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L’auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l’étude ou s’ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>Les outils de mesure sont clairement décrits. Le questionnaire a été créé à l'aide de différentes recherches, notamment une étude qualitative (Brown et al. 2006) et de deux groupes de personnes dont le premier comprenait des infirmières et le deuxième des personnes qui ont l'expérience d'être des patients obèses. Ces deux groupes se sont régulièrement rencontrés pendant 2 mois et ont permis d'affiner le questionnaire.</p> <p>Le questionnaire est composé de différentes sections qui abordent dans un premier temps l'âge, le sexe, la taille, le poids, les qualifications et l'expérience professionnelle, puis les croyances sur les causes et les conséquences de l'obésité, les attitudes envers les patients obèses et pour finir le point de vue sur la prise en charge de l'obésité, la formation et le soutien.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l’étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite

	<p>et appliquée de façon constante?</p> <p>L'auteur a fait une analyse factorielle pour collecter les données et il a utilisé un algorithme nommé "Principal Axis Factoring" pour le faire. Cela a permis d'identifier des sous ensembles d'éléments. Le processus de collecte de donnée est complexe, avec de nombreux termes spécifiques à la recherche. Cinq groupes d'éléments ont été mis en avant: efficacité personnel, importance de l'obésité, causes externes, opinions négatives et soutien organisationnel.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p>L'analyse de donnée est décrite de manière précise en citant les différentes étapes.</p> <p>Les auteurs ont utilisé une technique nommée "<i>generalized linear model analysis</i>" permettant de déceler d'hypothétiques facteurs de confusion.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux et de graphiques et sont accompagnés par un texte narratif.</p>

	<p>La première partie apporte des informations sur l'échantillon comme le nombre de répondant (398 réponses en 8 semaines), les années d'expériences (environ 22 ans), les différents indices de masse corporel et le sexe des participants qui était principalement des femmes.</p> <p>La deuxième partie aborde les activités dans la pratique clinique. Il a été relevé qu'une consultation sur l'obésité dure en moyenne 13 minutes et ces entretiens ont été fait la plupart du temps par les infirmières pratiques nommées "<i>Nurse practice</i>". Les deux principaux conseils qu'elles ont apportés aux patients obèses étaient de consulter un diététicien et de faire des activités sportives. Ce qui a un impact sur les conseils donnés est principalement le niveau d'étude. De façon moins significative, il y a aussi les années d'expériences qui ont un impact sur le nombre de conseil liés à l'obésité tandis que l'âge, le sexe et l'IMC n'ont aucune influence sur cet aspect là.</p> <p>La dernière partie concerne les croyances et les attitudes. La plupart des infirmières pensent que l'obésité est un sujet préoccupant et elles pensent également que les problèmes de santé tel que cancer ou cardiaque sont liés à leur obésité. Les répondants pensent que le milieu familial est une des causes principales de l'obésité ainsi que l'obésité est lié aux choix personnel concernant la nourriture et les activités sportives. Il y a plusieurs questions qui ont été posé en lien avec les attitudes envers les patients obèses. Les réponses abordent différents aspect notamment la moitié des répondants pensent que d'être empathique a un impact positif sur le patient et à contrario, 40% des infirmières pensent que les obèses sont plus fainéants que les autres. Les répondants trouvent qu'il n'y a pas de stratégies ou de cadre clair pour aborder le sujet de l'obésité.</p>
--	---

	Les enquêteurs ont aussi analysé comment le profil des infirmières a influencé les réponses aux différentes questions sur les croyances et les attitudes.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche. Ils concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet.</p> <p>L'interprétation des résultats commence par faire le lien avec les rôles des infirmières dans la pratique clinique. La plupart des infirmières sont capables de donner des conseils sur la gestion de l'obésité mais dans la pratique, il n'y a que les infirmières pratiques (<i>Nurse Practice</i>) qui jouent ce rôle de gestion de l'obésité. D'autres études sont arrivées à la même conclusion (Hankey et al., 2003, Counterweight Project Team, 2004).</p> <p>Concernant les attitudes et les croyances, il n'existe pas beaucoup d'étude sur ce sujet. La majorité des infirmières estime que l'obésité est un problème majeur et que le soutien de ces patients fait partie du rôle infirmier. D'autre part, très</p>

	<p>peu ont eu une formation appropriée et ne perçoivent pas de réelle organisation face à ce problème.</p> <p>Comme le soulève aussi d'autres études (Hoppe & Ogden, 1997, Epstein & Ogden, 2005), les infirmières pensent que l'obésité est un problème de choix de vie et de responsabilité personnel. Il a été relevé une petite proportion des participants qui ont de forts stéréotypes envers les patients obèses et que cela est généralement lié à la croyance que les patients obèses manquent de volonté.</p> <p>Les limites de l'étude ont été brièvement abordées.</p> <p>L'échantillon n'est pas représentatif au niveau national.</p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p>Les résultats indiquent que pour avoir un programme de lutte contre l'obésité efficace, des formations spécifiques à ce sujet sont nécessaires pour les infirmières. La formation doit aussi traiter les croyances et les attitudes des infirmières, notamment les croyances sur la responsabilité personnelle et la faible motivation du patient obèse. De plus, il faudra également veiller à ce que l'obésité ne soit pas interprétée comme étant la cause de toutes les autres maladies.</p> <p>L'auteur préconise de mener plus d'études afin de clarifier les attitudes des infirmières et de déterminer quels sont les outils permettant de quantifier l'impact des mesures mise en place pour lutter contre l'obésité.</p>

**Obese women's perceptions and experiences of healthcare and
primary care providers: a phenomenological study** (Buston & Snethen,
2013)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>Le titre précise clairement les concepts clés et la population à l'étude. En effet, il s'agit d'étudier les perceptions et les expériences de la femme obèse concernant les prestataires de soins primaire.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Le résumé synthétise clairement la recherche. Il comprend: le contexte, l'objectif, la méthode, les résultats et la discussion. Le contexte est abordé de manière globale. Il est mis en avant un manque de cohérence et des lacunes dans la littérature concernant les types d'expériences et les perceptions des femmes obèses recevant des soins. De là en découle un objectif clair.</p> <p>La méthode Colaizzi a été utilisée pour effectuer une approche de recherche phénoménologique. 26 femmes anglophones avec un IMC supérieur à 30kg/m² ont été reçues lors d'un entrevu semi-structuré.</p> <p>Quatre thèmes ont émergé de l'analyse des données. La stigmatisation n'a pas été nommée mais toutes ont admis certains traitements négatifs de la part des prestataires de soins.</p> <p>Une discussion à propos de la littérature professionnelle actuelle est présentée ainsi que l'implication pour la formation</p>

	infirmière et pour la recherche.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p>Le problème à l'étude est clairement formulé. Il s'agit d'étudier le ressenti des patientes obèses ainsi que leurs expériences en ce qui concerne les soins de santé.</p> <p>Le problème est pertinent dans le contexte des connaissances actuelles. Selon Flegal & al., (2012) il y a en effet, une augmentation de la prévalence de l'obésité depuis ces 25 dernières années. Cette étude apporte aussi des informations concernant la prévalence entre les sexes, les différentes ethnies et le niveau économique et éducationnel. De plus, pour les prestataires de soins nommés "<i>Primary Care Providers</i>" (PCP), la gestion de l'obésité peut-être un défi (Terre & al., 2007). Différentes causes ont été soulevé dans l'article, notamment la perception d'un manque de motivation de la part du patient (Bardia & al, 2007).</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? • La recension présente t'elle des sources primaires ?

	<p>Une recension des écrits a été entreprise. Elle nous semble présenter une base solide pour l'étude et elle présente de nombreuses sources primaires (Muennig & al., 2006, Latner & al., 2008 et Teachman & Brownell, 2001).</p> <p>Elle est construite en deux paragraphes. Le premier concerne les facteurs de santé et le deuxième la stigmatisation sociale et les attitudes dans les milieux de soins. Dans ce deuxième paragraphe est mis en avant différentes études sur le même sujet. Par exemple, Drury & Louis (2002), ont constatés qu'une femme qui avait une augmentation de son poids, va augmenter le risque d'éviter ou de repousser ses rendez-vous médicaux.</p> <p>L'étude de Cossrow, Jeffery & McGuire (2001) a révélée que lorsque les femmes venaient à un rendez-vous et partageaient un problème sans rapport avec l'obésité, les prestataires de soins étaient plus susceptibles de se concentrer sur le poids comme problème que sur la raison qui a amené les patientes au rendez-vous.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <p>Les concepts clés sont mis en évidence et définis de façon adéquate. Le concept de l'obésité et la stigmatisation sont décrits de manières claires et complètes, ils permettent de bien cibler la problématique. Ils s'inscrivent dans un cadre de référence et sont lié au but de l'étude.</p> <p>La gestion de l'obésité dans les soins primaires est aussi</p>

	développée.
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p>Le but de l'étude est clairement énoncé. Il s'agit de décrire les perceptions et les expériences des femmes obèses à propos de la stigmatisation provenant de leur prestataire de soins et de l'environnement médical.</p> <p>Il n'y a pas d'hypothèse proposée. Les variables clés concernent les perceptions et les expériences des femmes obèses. La population étudiée est annoncée, il s'agit de femme souffrant d'obésité.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des

	<p>renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>L'échantillon est correctement décrit, en effet les participantes proviennent du <i>Northeastern PA</i>, au Etat-Unis. Il y a 26 femmes qui ont été interviewé et elles étaient capables de parler, lire et comprendre en anglais. Il n'y a pas d'information concernant la méthode de recrutement, la détermination de la taille de l'échantillon, ni la possibilité pou l'auteur d'accroître sa représentativité.</p> <p>Les informations concernant l'âge des participantes (moyenne de 46 ans), leurs origines ainsi que leurs IMC (moyenne à 41,7) apparaissent dans les résultats.</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p>Deux comités de révision universitaire ont approuvé l'étude et les participants ont signés un consentement avant de participer à l'étude.</p> <p>De plus, ils ont eu la possibilité de confirmer le contenu de leur entretien dans un deuxième temps en recevant une description exhaustive des résultats.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les

	<p>questions de recherche ou les hypothèses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>Le devis utilisé permet à l'étude d'atteindre son but. Il s'agit d'une étude qualitative phénoménologique. Une fiche de donnée démographique a été remplie par toutes les participantes. Puis des entretiens semi-structurés ont été menés qui ont durées 60 à 90 minutes. Ce temps semble approprié pour permettre une bonne analyse de ce type de recherche.</p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>Les outils de mesure sont tout d'abords une liste de question (présenté sous forme de tableau dans l'étude) puis l'utilisation d'une méthode nommé Colaizzi. Cette méthode permet de structurer et d'aider à faire une analyse complexe des entretiens transcrit mot à mot. Avec cette méthode, ils ont extrait 546 déclarations significatives, qu'ils ont ensuite séparé en 27 groupes thématiques puis en 4 thèmes qui étaient</p>

	<p>communs à la plupart des participantes et qui reflétaient leurs expériences avec l'environnement de soins.</p> <p>Il n'y a pas eu de procédure expérimentale.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p>Le processus d'enregistrement des données est décrit clairement. Chaque entretien a été enregistré puis retranscrit mot à mot par le chercheur.</p> <p>Comme précisé dans les considérations éthiques, les répondantes ont eu la possibilité de confirmer le contenu de leur entretien dans un deuxième temps.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p>Les méthodes d'analyses sont décrites. Comme écrit dans le mode de collecte de donnée, une analyse complexe a pu être effectuée à l'aide de la méthode Colaizzi.</p> <p>Pour assurer la fiabilité des résultats, un journal a été utilisé pour maintenir des notes précises, lisibles et logiques concernant l'étude. En plus de la confirmation des participantes, les deux chercheurs ont régulièrement eu des contacts ensemble pour établir la fiabilité de l'étude en se</p>

	posant différentes questions, notamment si les résultats avaient du sens ou s'ils étaient surprenant.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Les résultats sont résumés par un texte narratif séparé par thème et il y a la présence de deux tableaux, un démontrant les résultats au niveau des informations démographique et un concernant les thèmes et les sous thèmes (ce deuxième tableau ne fournit pas de résultat, seulement les titres des thèmes).</p> <p>L'analyse des données a permis de faire émerger quatre thèmes. Le premier concerne les perceptions que les femmes ont de leur santé et des soins. La plupart des participantes se considèrent en bonne santé. Les participantes souffrant d'une maladie chronique telle que diabète, hypercholestérolémie, hypertension étaient plus modérées quant à leur état de santé et prenaient plus au sérieux leur santé. Les participantes de l'étude souhaitent vivre sainement et ont reconnu devoir prendre des mesures sérieuses pour améliorer leur santé. La plupart des participantes ont indiqué qu'elles n'évitaient pas ou qu'elles ne retardaient pas leurs rendez-vous médicaux.</p> <p>La seconde thématique traite du respect de la personne. Il est important que les prestataires de soins ne limitent pas le</p>

	<p>patient à un obèse quelconque mais qu'ils soient au courant de leurs vécues et de leur état de santé global. Les femmes ayant participé à l'étude souhaitait que le personnel médical et soignant prenne le temps d'écouter leur vécu afin de les comprendre et de leur fournir des soins individualisés.</p> <p>L'importance du lien entre le patient et le prestataire est le troisième thème abordé. Il a été mis en avant qu'une relation positive avec le prestataire est un facteur de motivation à être traité pour ces femmes. Lorsqu'elles se sentent en confiance et respectée, elles sont encouragée à chercher du soutien et des ressources pour faciliter leur perte de poids.</p> <p>Finalement, l'importance pour le patient d'exprimer ses besoins est abordée. En effet, il semble important aux participantes de pouvoir s'exprimer afin que le prestataire de soin connaisse leurs besoins. Lorsque que cela n'est pas possible, les femmes ont pris la décision de changer de prestataire de soins.</p> <p>L'auteur à fait évaluer les données par les participants.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p>La discussion autour des résultats permet de répondre à</p>

	<p>l'objectif de cet article.</p> <p>Différents aspects sont abordés, notamment l'importance d'avoir des bonnes relations avec le prestataire de soin car c'est un facteur de motivation pour elles. En se sentant respecté et écouté, elles sont encouragées de rechercher le soutien et les ressources pour faciliter la perte de poids auprès de leur prestataire.</p> <p>Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet. L'interprétation et les conclusions découlent logiquement des résultats.</p> <p>Les limites de l'étude sont expliquées. Il est difficile de généraliser cette étude par rapport à toutes les femmes souffrant d'obésité car c'est une méthodologie de type qualitative. De plus, les femmes ont été auto-sélectionnées et il est donc possible qu'elles ont facilement participé à l'étude parce qu'elles ont une bonne relation avec leurs prestataires de soins. L'état de santé des participantes n'a pas été évalué par les chercheurs, par conséquent, les participantes ont peut-être surestimé leur état de santé. Et pour finir, il est possible d'avoir une expérience différente pour les femmes obèses qui sont hospitalisées.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p>Cette étude apporte à la pratique des conseils pour le prestataire de soins: avoir une attitude de non jugement, prendre le temps avec le patient, être à l'écoute, demander ce</p>

	<p>qui est important pour elle vis-à-vis de sa santé, avoir du respect et de l'empathie.</p> <p>Les résultats de cette recherche suggèrent que les prestataires de soins ont une bonne position pour aider les femmes obèses à atteindre des objectifs de santé réalistes et atteignables. Ils peuvent encourager les femmes à prendre la responsabilité de leur propre santé et travailler ensemble sur la prise de décision commune car cela permettrait une meilleure adhérence aux objectifs de santé fixé.</p> <p>L'auteur fait des recommandations pour les recherches futures.</p>
--	---

Obesity bias in primary care providers (Khandalavala et al., 2014)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>Le titre "<i>Obesity bias in primary care providers</i>" nous donne le minimum des informations. Toutefois, la notion de préjugé, d'obésité et de "<i>Primary Care Providers</i>" ou fournisseurs de soins primaires est présente.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Le résumé synthétise la recherche. Il comprend le contexte, la méthode, les résultats et la conclusion.</p> <p>L'objectif n'est pas clairement exprimé mais au travers du résumé de la méthode et des résultats nous comprenons que l'étude vise à mesurer les préjugés dans les soins primaires. La méthode est expliqué de manière simple. Elle consiste en un questionnaire qui se nomme "<i>Anti-Fat Attitudes Questionnaire (AFAQ)</i>" et les participants proviennent d'un programme de formation continue pour les professionnels de soins primaires. Ils ont choisit de séparer les participants selon leurs années d'expériences pour évaluer si cela a un impact sur les préjugés. Les résultats indiquent une présence plus élevée de préjugés parmi le groupe de personne le plus expérimenté comparé aux collègues les moins expérimenté. Cela permet de conclure qu'une formation continue est nécessaire, en particulier pour les professionnels qui pratiquent depuis de nombreuses années.</p>
INTRODUCTION	
	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement

Problème de la recherche	<p>formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p>Il s'agit d'étudier la présence de préjugés envers les patients obèses dans les fournisseurs de soins primaires au <i>Midwestern</i> au Etat-Unis et de déterminer si leurs années d'expériences influencent les résultats. Le problème est pertinent dans le contexte des connaissances actuelles et dans les soins infirmiers car l'obésité est fortement répandue dans les pays développés et il existe des obstacles pour la prise en charge des patients obèses notamment les préjugés dans les soins, un sujet peu reconnu (Puhl & Heuer 2009).</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? • La recension présente t'elle des sources primaires ? <p>Une recension des écrits à été entreprise. Elle permet une synthèse de l'état actuel sur le problème. Selon Puhl & Heuer (2009), des stéréotypes implicites et explicites tel que les personnes obèses sont paresseux, stupide et sans valeur sont bien connus et l'étude de Schwartz et al. (2003) a démontré la présence de préjugés dans les soins (y compris du personnel spécialisés dans la gestion de l'obésité).</p> <p>Cette recension des écrits me semble être une base solide par la présence de source primaire qui sont des études plutôt</p>

	<p>récentes. Cependant, la synthèse est très brève et nous la trouvons trop synthétique.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <p>Les concepts clés sont très brièvement décrits, ils comprennent l'obésité, les préjugés ainsi que les soins primaires. Une définition plus complète serait nécessaire afin de mieux cerner la problématique.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p>Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concis. Il n'y a pas d'hypothèse fournie. La question de recherche traite de l'expérience des participants ainsi que de leurs perceptions.</p>

	La variable lié aux années d'expériences pratiques ont un rapport avec les concepts. La question s'appuie sur le cadre théorique.
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>L'échantillon n'est pas défini de façon précise. Dans la description de l'échantillon, la liste des professionnels nous est fournie: médecins, infirmières et étudiants, pharmaciens, diététiciens et kinésithérapeutes ainsi que de leurs années d'expériences. 54,7% des participants sont des femmes.</p> <p>Il n'y a pas d'information quand à la méthode d'échantillonnage et aucun moyen d'accroître la représentativité de l'échantillon n'a été abordée.</p> <p>Il n'y a pas non plus d'information sur comment la taille de l'échantillon a été déterminée.</p>
Considérations	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser

éthiques	<p>les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>L'étude a été approuvée par un comité nommé "<i>Institutional Review Board</i>". Ce comité s'occupe de la recherche au USA et a été formellement désigné pour approuver, surveiller et examiner les recherches sur les humains, c'est notamment lui qui procède à une analyse pour déterminer les avantages et les risques et ainsi décider si la recherche peut-être effectuée. Il n'y a pas d'information concernant les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>Nous pensons que le devis de recherche correspond à une étude de type quantitative. Un questionnaire a été utilisé pour collecter les données, les questions sont fermées avec des réponses à échelles et il y a un grand nombre de participants. Le devis permet de respecter les critères scientifiques et cette méthode nous semble appropriée vis à vis du problème posé. Il n'y a pas d'information quant au temps passé sur le terrain et auprès des participants.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et

Modes de collectes de données	<p>permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>Le questionnaire nommé "<i>Anti-Fat Attitudes Questionnaire</i>" est conçu pour évaluer les préjugés vis à vis des personnes obèses. Il a été distribué lors d'une formation médicale continue. Le questionnaire se compose de trois sous-échelles qui sont définies dans l'article ("<i>Fear of Fat</i>" qui signifie peur du gras, "<i>Willpower</i>" la volonté et "<i>Dislike</i>" l'aversion). Pour chaque item, l'échelle de Likert est utilisée. Cette échelle permet à la personne interrogée d'exprimer son degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis d'une affirmation en utilisant des scores de 0 à 10. Une moyenne a été obtenue pour chaque sous échelle. Le nombre d'année d'expérience pratique fait partie des questions ce qui permet de mesurer les variables. Le questionnaire est donc présenté dans l'étude. Cet outil est importé et il n'y a pas de procédure expérimentale.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p>Il n'y a pas de description à propos de l'enregistrement des</p>

	données.
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p>Dans le paragraphe de la méthode il n'y a pas de description de la méthode d'analyse, ni d'information concernant des potentiels facteurs susceptibles d'influer sur les résultats. Cependant, dans la partie résultats, l'auteur a utilisé un test statistique nommé ANOVA, qui permet d'analyser la variance. Cela a permis d'examiner les différences au niveau de chaque question et entre les sous échelles pour les trois niveaux d'années d'expériences.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Les résultats sont présentés sous la forme d'un tableau et ils sont résumés par un texte narratif. En moyenne, la catégorie "<i>Fear of Fat</i>" est plus élevé (5.1 sur 10) que les deux autres. Ensuite c'est la catégorie "<i>Willpower</i>" avec une moyenne de 4.9 sur 10 et pour finir la catégorie "<i>Dislike</i>" avec une moyenne de 2.1 sur 10. Aucune différence significative n'a été relevée vis à</p>

	<p>vis des groupes d'années d'expériences. Cependant, à l'aide de l'outil ANOVA, une analyse des variances à été effectué qui a permis de mettre en avant des différences significatives concernant la sous échelle "<i>Dislike</i>" et les années d'expériences. Il s'est avéré que les professionnels avec plus de 20 ans d'expérience ont exprimés une plus grande aversion que les autres professionnels.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche. Ils montrent qu'ils y a des idées fausses concernant les patients obèses notamment la croyance que le surpoids est du à un manque de contrôle personnel. Il n'y avait globalement pas d'aversion importante ce qui permet de conclure que malgré la prévalence de l'obésité et la présence de préjugés, l'aversion n'augmente pas.</p> <p>Le fait que les résultats pour la catégorie peur de gras sont élevés suggère que certains professionnels sont autocritique avec leur propre prise de poids et qu'ils ont peur de devenir obèse.</p>

	<p>Certains résultats concordent avec les études antérieures, notamment concernant les années d'expériences, une étude en France a eu des résultats similaires (Bocquier et al. 2005). L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses. Les limites de l'étude ont été abordées: le questionnaire a été administré juste avant une formation continue sur l'obésité, ce qui signifie que les professionnels présents avaient un intérêt à apprendre d'avantage sur ce sujet. Les données recueillies non pas pris en compte l'IMC des participants, ni le lien avec leurs propres capacité à géré leurs poids.</p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions? <p>L'auteur recommande la construction de programme spécifique concernant l'obésité et les facteurs qui favorisent les préjugés face aux personnes obèses pour permettre une diminution de ceux-ci. En effet, si ce sujet est abordé dès le début, cela entraine une meilleure compréhension et une bonne qualité des soins.</p> <p>L'objectif des fournisseurs de soins devrait être centré sur le patient obèse en tant qu'individu unique, de vouloir répondre à ses besoins de santé, au lieu de se souvenir des expériences des patients précédents ou encore une auto-expérience pour guider nos croyances, nos association et nos attitudes vis à vis de l'obésité.</p>

Women's stories of their experiences as overweight patients (Merrill
& Grassley, 2008)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>Le titre précise les concepts clés et la population à l'étude. Nous comprenons que l'intérêt principal est le point de vue des femmes en surpoids dans le domaine médical. Le fait de s'intéresser à l'histoire des femmes est une notion large qui manque de précision.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Le résumé comprend le but, le contexte, la méthode, les résultats et la conclusion.</p> <p>Cette étude est un rapport qui permet de mettre en avant l'expérience des femmes en surpoids dans leurs rencontres avec les services de santé et les fournisseurs de soins.</p> <p>Le surpoids et l'obésité sont de plus en plus des questions importantes au niveau international pour la santé des femmes. De plus, il a été remarqué que les femmes en surpoids ou obèse peuvent éviter ou retarder des soins lorsqu'elles ont déjà eu une expérience négative avec les fournisseurs de soins. Cependant il manque des études concernant la signification que donne les femmes bénéficiaires de soins dans ce type de situation.</p> <p>L'approche phénoménologique <i>van Manen's</i> a été utilisé comme méthode. Elle permet d'explorer les données récoltées dans les interviews menées face à face en découvrant les fondements de l'expérience vécue sans imposer de catégories</p>

	<p>sur les données elle-même. Les interviews ont été menées aux Etats-Unis en 2007 avec 8 femmes bénévoles qui se sont identifiées comme étant des patients en surpoids.</p> <p>Les résultats ont permis de mettre en avant les difficultés pour les femmes en surpoids d'être conforme au monde des soins. L'auteur les a réparti en quatre thèmes. Si les infirmiers prennent connaissances de ces résultats, cela peut permettre de développer des stratégies de communication plus sensibles ainsi que des environnements de soins qui soutiennent des soins holistiques.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p>Le phénomène à l'étude est clairement formulé. Il s'agit d'étudier la signification des expériences des patientes en surpoids ou obèses dans le domaine médical pour que les fournisseurs de soins puissent les comprendre et fournir des soins appropriés.</p> <p>Il est approprié dans le contexte des connaissances actuelles. Le surpoids et l'obésité sont des problèmes de santé de plus en plus importante dans le monde (WHO, 2007).</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène

	<p>ou le problème à l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension présente t'elle des sources primaires ? <p>Une recension courte des écrits à été entreprise. Elle fournit une base solide ainsi que des connaissances actuelles sur le phénomène et présente des sources primaires (Baskin & al., 2005, Drury & Louis, 2002, Wiederman & Pryor, 2000).</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <p>Le concept de l'obésité est mis en évidence et bien synthétisé. Des chiffres sont apportés pour mettre en avant la prévalence de l'obésité dans le monde. Les conséquences du phénomène sont aussi abordé (augmentation des coûts de la santé, handicap, mort prématuré, risque accru de maladies chroniques et impact au niveau psychologique et social). Une partie de l'introduction justifie le choix de parler des femmes, notamment en affirmant que la prévalence de l'obésité morbide est deux fois plus élevé pour les femmes que pour les hommes (Heldley et al., 2004). De plus, la recherche de Drury et Louis (2002) apporte la donnée que les femmes obèse peuvent retarder ou éviter les soins de santé si les prestataires ont déjà réagit négativement à propos de leur poids.</p> <p>La fin de ce chapitre permet de faire le lien avec le but de cette étude.</p> <p>Il n'y a pas d'information concernant les fournisseurs de santé (milieu, activités, etc.).</p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p>Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise. Comme déjà écrit auparavant, cette étude a pour objectif de mieux comprendre ce que vivent les femmes en surpoids ou obèse lorsqu'elles sont dans un service de soins et en contact avec des fournisseurs de soins de santé.</p> <p>Il n'y a pas la présence d'hypothèse ni de variable. L'étude s'intéresse au ressenti/ à l'expérience des participants, c'est une notion large qui permet une variété de réponse.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage

	<p>utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>La population visée est définie de façon précise. Tout d'abord les participantes proviennent du Texas, aux Etats-Unis et il a été défini 3 critères d'inclusion: être une femme en surpoids (IMC 25-29), avoir 18 ans ou plus et être capable de communiquer en anglais. Huit femmes ont été sélectionnées. La méthode utilisée pour recruter les participantes nous semble appropriée, elle s'est faite au travers d'annonces à des organismes communautaires et dans un journal régional. Il n'y a pas d'information concernant le choix de la taille de l'échantillon. Elle n'est sûrement pas justifiée sur une base statistique. Nous ne savons pas si l'auteur avait envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon.</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p>Les moyens pour sauvegarder les droits des participants sont adéquats, deux comités de révision provenant d'université institutionnelle ont approuvés l'étude.</p> <p>Différentes mesures ont été entreprises pour minimiser les risques pour les participants (informations écrites, formulaire de consentement à signer, pseudonymes pour assurer la confidentialité, liste de conseiller si l'entretien a touché des sujets trop sensibles).</p>

Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>Le devis de recherche correspond à une étude de type qualitative. Cette méthode nous paraît appropriée pour atteindre son but.</p> <p>Les entrevues ont été enregistrées, dure 50-90 minutes et ont été menées dans une salle de conférence privée sur une durée de 4 mois en 2007. Nous pensons donc que le temps passé sur le terrain auprès des participants est suffisant.</p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>Les entrevues ont été enregistrées pour permettre de recueillir les histoires des participantes. Pour clarifier et éclairer les</p>

	<p>expériences, les chercheurs ont posés des questions de suivi. Il n'y a pas d'information concernant une procédure expérimentale.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p>L'approche méthodologique choisie comprend des récits, une théorie féministe et une approche nommée "<i>Heideggerian hermeneutics</i>". Ce dernier permet de comprendre comment les personnes donnent du sens à leurs expériences. Le récit permet aux participantes de raconter leurs histoires dans le but de récolter des données. Et les principes de recherche féministe comme décrit par Campbell & Bunting (1991) ont guidé cette étude car les chercheurs trouvent fondamental d'utiliser la théorie féministe pour explorer le but de cette recherche.</p> <p>Un transcripteur professionnel a transcrit textuellement les entrevues.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p>Les méthodes d'analyse sont clairement décrites. Les chercheurs ont utilisés une approche phénoménologique nommée "<i>Van Manen</i>" pour découvrir les thématiques du</p>

	<p>phénomène. Chaque étape et expliciter pour en arriver à quatre thèmes fondamentaux autour du vécu: au niveau de l'espace, du corps, de la temporalité et des relations humaines. Les thèmes ne font pas ressortir adéquatement la signification des données mais seront développés dans les résultats. Il n'y a pas de donnée concernant des facteurs susceptibles d'influer sur les résultats.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Il n'y a pas de tableaux ni de figures pour présenter les résultats. Cependant, ils sont résumés par un texte narratif. Les résultats ont été répartis en quatre thème comprenant des citations des participantes pour illustrer le contenu des résultats.</p> <p>Tout d'abord une notion de lutte pour s'adapter au service de santé. Les femmes redoutent d'être confrontée à l'environnement clinique, notamment dans la salle d'attente lorsqu'il n'y a pas de siège adapté, ou lorsque les blouses ou les brassards à tension sont trop petits. Cela leur donne l'impression de ne pas correspondre à l'environnement des soins ce qui leur procure un sentiment d'infériorité au travers de préjugés verbaux et d'expressions non verbales.</p> <p>L'équipement nécessaire n'étant souvent pas disponibles, des retards sont engendrés créant de l'embarras, un sentiment de</p>

	<p>honte ainsi que de l'auto-accusation. Les participantes ont trouvé les interactions avec les médecins spécialisés moins satisfaisantes que ceux avec leur médecin de famille ainsi que leur infirmière praticienne. Le manque de temps apparent du prestataire de soins leur donne l'impression de ne pas être écoutées.</p> <p>Il a ensuite été abordé le sentiment des femmes de ne pas être tout à fait humaine. Ce thème a été identifié à la suite de commentaires fréquents faisant références au physique les faisant se sentir vulnérable et pas totalement égales aux femmes ayant une corpulence plus mince. Lors d'attitudes méprisantes, les participantes ont eu l'impression que ce manque de respect était lié à leur poids.</p> <p>Le troisième thème est le sentiment de rejet. L'interaction avec les professionnels était parfois perçus comme dégradante et gênante. Cependant, la plupart des femmes de cette étude ont relevé une bonne relation avec leur médecin de famille et leur infirmière. La rencontre avec un nouveau prestataire a, en revanche, créé un sentiment de vulnérabilité. Lorsque les prestataires ne les croyaient pas, les participantes ont exprimé un sentiment de rejet ayant ensuite engendré de la colère, une diminution de l'estime de soi et une confusion entre l'avis du médecin et la sensation que quelque chose n'allait pas.</p> <p>Le dernier thème mis en évidence est la détermination des participantes à améliorer leur santé et à contrôler le poids en dépit de nombreuses tentatives infructueuses. Elles ont révélées qu'elles désiraient plus de soutien de la part des professionnels de la santé. Malgré la complexité du traitement de l'obésité, les professionnels de la santé devraient reconnaître la ténacité de nombreux patients qui désirent voir des changements dans leur état général et devraient les accompagner en leur apportant du soutien et les ressources</p>
--	---

	appropriées.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et ils sont structurés en 4 thèmes (les même que dans le texte narratif sur les résultats). De plus, différentes études confirment les résultats obtenus (Wadden et al (2000), Hebl et Xu (2001), Packer (1990), Brownell et al. (2005), etc.). Les limites de l'étude ont été définies. Tout d'abord, l'étude ne comprend que des femmes blanches qui se sont portées volontaires et donc qui ont un intérêt pour le thème du surpoids. L'échantillon est de petite taille et l'étude s'appuie sur une auto-évaluation, ce qui reste subjectif.</p> <p>La conclusion découle logiquement des résultats. Il met en avant l'intérêt pour les infirmières de comprendre ce que vivent ces femmes lorsqu'elles sont dans un milieu de soins car elles ont un rôle important qui peut avoir un impact sur la réduction de la stigmatisation.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?

Conséquences et recommandations	<p>L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none">• L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?• Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p>L'auteur apporte des recommandations pour les recherches futures. Il encourage notamment les futures recherches à décrire la façon dont la stigmatisation du surpoids est abordée dans les programmes de soins infirmiers. Il serait aussi intéressant d'étudier l'efficacité des interventions visant à réduire les attitudes négatives envers les femmes en surpoids. Les recommandations pour la pratique concernent aussi l'importance d'avoir du matériel adapté lors de la prise en charge de la personne en surpoids et d'être formé vis à vis de la gestion du poids.</p>
---------------------------------	--

**Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes
for patients with obesity** (Phelan et al., 2015)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>Le titre précise clairement les concepts clés et la population cible. Il s'agit d'une étude qui s'intéresse à l'impact des préjugés et des stigmatisations du poids sur la qualité des soins et des conséquences pour les patients obèses.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Le résumé synthétise la recherche au travers d'un texte narratif. L'objectif est énoncé mais aucun contexte n'y est associé. Il s'agit d'examiner de façon critique les données empiriques de toutes les disciplines pertinentes concernant la stigmatisation de l'obésité afin de déterminer ce que cela implique pour les prestataires de soins de santé et pour leurs patients obèses et d'identifier des stratégies pour améliorer les soins envers ce groupe de personne. La méthodologie est décrite (utilisation de Medline et PsychInfo comme base de donnée) et les résultats obtenus sont développés. Il existe de fortes attitudes et stéréotypes négatifs envers les personnes souffrant d'obésité de la part de nombreux prestataires de soins et ces attitudes peuvent influencer les soins qu'ils dispensent. Cela aura évidemment des conséquences en causant du stress, les personnes vont éviter de se faire soigner et il y aura de la méfiance envers les médecins. Un aperçu très bref des conclusions y est présenté.</p>
INTRODUCTION	

Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p>Le problème à l'étude est le risque d'altération de la qualité des soins prodigués aux patients obèses à cause de la stigmatisation de leurs obésités. Il s'agit d'identifier et de mettre en évidence les mécanismes pouvant altérer la relation soignant-soigné.</p> <p>Cette problématique est appropriée dans le contexte des connaissances actuelles car très peu d'études parlent spécifiquement de stigmatisation des obèses dans les soins. La plupart traitent ce sujet parmi d'autres. De plus, le sentiment d'être stigmatisés peut avoir comme conséquence une faible estime de soi, une dépression et une diminution de la qualité de vie (Link et al., 2001, Phelan, 2013, Markowitz, 1998).</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? • La recension présente-t-elle des sources primaires ? <p>Une recension des écrits a été effectuée. Elle fournit une base solide ainsi que des connaissances actuelles sur le phénomène et présente des sources primaires (Puhl & Heuer, 2009, Latner et al., 2008).</p>

Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <p>Les concepts clés sont mis en évidence. D'une part, le concept de stigmatisation est décrit de façon adéquate avec une définition et les risques qui s'y rapportent, d'autre part le concept des soins primaires est abordé en étant toujours relié à la problématique de l'obésité.</p> <p>Le concept de l'obésité n'a pas été défini au delà d'une statistique sur les Etats-Unis.</p>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p>Le but de l'étude est énoncé de façon claire. Il s'agit de déterminer les conséquences de la stigmatisation sur la qualité</p>

	<p>des soins prodigués et d'identifier des stratégies pour améliorer les soins envers les patients obèses. Il a été également mis en évidence la dispersion des données empiriques sur le sujet, c'est pourquoi les chercheurs ont effectués une revue critique de la littérature.</p> <p>La population à l'étude concerne les prestataires de soins de santé sans préciser les corps de métiers spécifiques. Il n'y a pas non plus de variables clés (géographique, âge, sexe, etc.) mises en avant.</p> <p>La question de recherche découle logiquement du but, elle traite des croyances et des perceptions.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>Il n'y a pas une définition précise de la population visée, nous savons seulement que les chercheurs se sont intéressés aux prestataires de soins en général.</p> <p>Aucune précision n'est apporté quand aux différents articles à propos de l'échantillon (par exemple le nombre de participant</p>

	<p>ou la description au niveau de leur âge, sexe, IMC).</p> <p>La méthode utilisée pour accéder aux informations correspond à une revue narrative de littérature.</p> <p>Aucune information n'est fournie sur le nombre d'étude sélectionnée, sur les critères d'inclusion ou d'exclusion ou encore sur les mots clés utilisés pour effectuer la recherche.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p>Il n'y a aucune information concernant les considérations éthiques. Nous supposons que c'est lié au fait que la recherche est une revue de littérature.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>Le devis est de type qualitatif, car l'auteur a effectué un examen narratif de la littérature ce qui nous permet de conclure que les études trouvées étaient certainement elles aussi de type qualitatives.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et

Modes de collectes de données	<p>permettent-ils de mesurer les variables ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L’auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l’étude ou s’ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>L'auteur a révisé toutes les études existantes avant 2014 sur des sujets liés à la stigmatisation de l'obésité dans les soins médicaux et/ou à l'interférence des préjugés sur les relations interpersonnelles et sur la prise de décision. Les recherches ont été effectuées sur Pubmed et PsychInfo. Il a ensuite sélectionné les documents pertinents concernant le potentiel impact que pourraient avoir des préjugés négatifs vis à vis de l'obésité sur les attitudes des soignants, sur les patients et sur la qualité des soins.</p> <p>Nous trouvons qu'il manque des données concernant le mode de collectes de données. Aucune donnée n'est fournie quand au mots clés utilisé et au nombre d'articles retenus.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l’étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p>Comme écrit précédemment, il n'y pas assez d'information dans la méthode pour pouvoir répondre à ces questions et nous supposons que c'est en partie lié au fait du type d'article</p>

	(revue de littérature).
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p>Les méthodes d'analyse ne sont pas décrites. Nous aurions appréciés avoir ces informations pour nous permettre d'évaluer la fiabilité de la méthode et des résultats.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Les résultats sont présentés sous forme de texte narratif. Un modèle est présent pour illustrer ce que peut causer les différentes attitudes.</p> <p>Les résultats ont été séparé en trois groupes (impact sur les prestataires, impact sur les patients et stratégies potentielles pour traiter la stigmatisation de l'obésité dans les centres de soins). L'impact sur les prestataires de soin est développé dans le premier d'entre eux. Il est relevé que les prestataires sont peu susceptibles de discriminer de façon flagrante et intentionnelle leurs patients. Cependant, leurs attitudes</p>

	<p>concernant l'obésité peuvent avoir une influence sur le patient de différentes manières, par exemple au travers d'un sentiment de mépris envers le bénéficiaire ou d'attitudes inadéquates et indésirable péjorant la qualité de la rencontre. La qualité des soins peut être moindre si la communication est moins centrée sur le patient, si moins de respect est accordé à celui-ci, si moins de temps est passé à la promotion de la santé et si les seuls traitements entrepris sont limités aux conseils de perte de poids.</p> <p>Dans le deuxième groupe, les résultats se concentrent sur l'impact de la stigmatisation sur les patients. Les effets de la stigmatisation sont à la fois immédiats et à long terme. Les effets directs peuvent être une réduction de la qualité de la rencontre avec le patient ayant comme conséquence une diminution des résultats ainsi que de la satisfaction du bénéficiaire de soins.</p> <p>Quand une personne vit une expérience discriminatoire, elle peut s'attendre à revivre un mauvais traitement. Cette menace peut être préoccupante et générer un haut niveau de stress qui peut diminuer la capacité de la personne à communiquer et perturber la fonction cognitive.</p> <p>Les effets à long terme comprennent l'évitement des soins cliniques.</p> <p>Il s'avère que les patients déclarant se sentir jugés par leurs prestataires sont moins susceptibles de rechercher ou d'atteindre une perte de poids réussie.</p> <p>Une rencontre clinique de soins primaire standard contient beaucoup d'éléments indiquant au patient qu'il sera catégorisé en raison de son poids, comme par exemple lors de conseils de poids non sollicités.</p> <p>Il est également prouvé que de nombreux prestataires n'aiment pas traiter l'obésité, ne sont pas suffisamment</p>
--	---

	<p>préparés à le faire et n'ont que peu d'espoir que ces patients ne changent de style de vie. Ces différents éléments peuvent s'exprimer par des comportements non-verbaux, comme le ton de la voix. Ils peuvent également suggérer des hypothèses trop naïves quant aux causes de l'obésité. De plus, les solutions simplistes et irréalistes peuvent amener plus de négatif que de positifs, comme de faux espoirs pour les patients.</p> <p>Les informations fournies dans chaque paragraphe sont très bien référencées.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p>Etant une revue de littérature, les études antérieures font partie des résultats. Il nous est difficile d'évaluer l'interprétation et les conclusions car les résultats sont déjà synthétisés par l'auteur. Nous n'avons pas lu le contenu de chaque étude faisant partie de la revue et donc il nous est difficile d'évaluer la pertinence de la synthèse des résultats. L'auteur n'a pas mentionné les limites de l'étude.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de

Conséquences et recommandations	<p>l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</p> <p>L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p>L'auteur relève effectivement qu'il manque des études concernant les stigmatisations implicites des obèses. De plus, il faudrait mener des recherches sur des échantillons plus larges afin de pouvoir confirmer les recherches menées jusqu'à maintenant. Finalement, il recommande d'expérimenter de nouvelles approches afin de réduire les préjugés des soignants.</p>
---------------------------------	---

Assessing bias against overweight individuals among nursing and psychology students: an implicit association test (Waller et al., 2012)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>Le titre précise clairement les concepts clés et la population à l'étude. Il s'agit d'une évaluation des préjugés envers les personnes en surpoids parmi les élèves en soins infirmiers et en psychologie.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Le résumé fournit une bonne synthèse de la recherche. Il comprend: le but, le contexte, la conception, la méthode, les résultats et la conclusion.</p> <p>L'objectif de cette étude est de déterminer les attitudes implicites que peuvent avoir les élèves infirmiers ou psychologues envers l'individu en surpoids dans des contextes médicaux et non médicaux. L'obésité a un impact sur la santé physique et psychique et est une des principales préoccupations pour la santé. Les individus en surpoids sont confrontés à des préjugés sociaux dans de nombreux aspect de leur vie, y compris dans les soins.</p> <p>La méthode utilisé est un test d'association implicite informatisée qui a permis de déterminer les attitudes implicites de 90 participants.</p> <p>Concernant les résultats, des préjugés implicites importants ont été détectée envers les personnes en surpoids dans les deux groupes de sujets et dans les deux paramètre cible. Des préjugés plus important ont été révélés envers les femmes en</p>

	surpoids par rapport aux hommes.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p>Le phénomène à l'étude est clairement formulé et circonscrit. Il s'agit de mesurer les préjugés implicites des élèves en soins infirmiers et en psychologie envers les patients obèses. Cette étude peut fournir des informations pour savoir si les préjugés des étudiants sont déjà présents ou s'ils se développent une fois que les infirmières ont été témoins des conséquences de l'obésité.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? • La recension présente t'elle des sources primaires ? <p>Une recension des écrits a été entreprise dans un premier temps de manière générale, à propos des infirmières puis de manière précise en se basant sur les étudiants plus particulièrement. Elle fournit une synthèse et nous semble présenter une base solide pour l'étude car elle contient des sources primaires tel que Brown et al. (2009), Schwartz et al. (2003) et Mercer et Tessier (2001). De plus, la majorité de ses</p>

	sources sont relativement récente (dans les quinze dernières années).
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <p>Le concept de l'obésité est décrit. Les risques, les coûts pour la santé publique et les diverses conséquences physique et psychologiques sont précisés. Il n'y a pas de définition concernant les préjugés excepté les conséquences que celles-ci peuvent apporter (notamment une faible estime de soi, une image corporelle négative et un isolement social selon Myers & Rosen (1999)). Les soins infirmiers sont abordés ainsi que leurs rôles vis à vis des patients obèses et de la qualité des soins.</p> <p>Les concepts clés sont liés au but de l'étude.</p>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p>Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise. La connaissance du manque d'impartialité des étudiants en soins infirmiers permet de mettre en place une intervention précoce pour diminuer la stigmatisation associée à l'obésité et aider les élèves à reconnaître leurs propres préjugés pour empêcher un mauvais traitement envers les patients en surpoids.</p> <p>Il y a deux variables, la première concerne la population (étudiants infirmiers vs étudiants psychologie) et la deuxième concerne les tests auxquels ils sont soumis (congruent vs non congruent)</p> <p>Quatre hypothèses sont proposées. Elles reflètent le contenu de la recension des écrits et elles découlent logiquement du but. La première dit que les participants vont montrer un préjugé implicite lorsqu'il s'agira d'associer des mots positifs avec des personnes obèses ou des mots négatifs avec des personnes minces ou normales (test de non congruence). La deuxième hypothèse est que les participants montreront plus de préjugés envers des femmes obèses qu'envers des hommes obèses. La troisième hypothèse est que les préjugés seront plus accentués dans le milieu médical que non médical. La dernière hypothèse est que les étudiants en soins infirmiers auront plus de préjugés que les étudiants en psychologie.</p> <p>Les questions s'appuient sur le cadre théorique.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>La population visée concerne des étudiants en soins infirmiers et en psychologie de premier cycle, dans une université (Université de Anchorage) en Alaska. L'étude fournit les informations sur les origines des participants, sur leurs âges (une moyenne de 24,7 ans pour les soins infirmiers et 25,6 ans pour la psychologie) et sur leur genre (majorité de femmes).</p> <p>Il n'y a pas d'information concernant la méthode de recrutement des participants, mis à part le fait qu'ils ont été recrutés dans leur école et que la participation était volontaire avec un crédit supplémentaire en échange.</p> <p>Il n'y a pas non plus d'informations à propos de la possibilité d'accroître la représentativité de l'échantillon et sur la méthode utilisé pour déterminer la taille de l'échantillon.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p>Le protocole expérimental actuel a été approuvé par "<i>University of Alaska Anchorage Institutional Review Board</i>". Les étudiants ont été informé que la participation était</p>

	volontaire et ils ont fourni leurs consentements éclairés avant le test.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>L'étude ne précise pas si la recherche est de type qualitatif ou quantitatif mais nous supposons qu'elle est de type quantitatif car les questions sont précises, l'étude a pour objectif de vérifier 4 hypothèses et la collecte de donnée se fait derrière un écran d'ordinateur, il n'y a donc pas d'entretien face à face avec les étudiants.</p> <p>Le devis utilisé permet à l'étude d'atteindre son but et il permet d'examiner toutes les hypothèses.</p> <p>Il n'y a pas d'information quand au temps passé sur le terrain et auprès des participants.</p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés

	<p>pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>Les outils de mesure sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables. Il s'agit d'un outil nommé IAT (<i>Implicit Association Test</i>). Les données ont été enregistrées avec un ordinateur de bureau connecté à un bloc de réponse constitué de deux boutons (jaune et bleu).</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p>Le processus de collecte des données est également clairement décrit. Une projection de différentes images et mots clés sur l'ordinateur permette de mesurer les variables ainsi que le temps de réponse. Une description plus précise des images est fournie (photographie d'hommes de poids normal, de femmes de poids normal, d'hommes en surpoids, de femmes en surpoids, puis le même type de personne mais dans un milieu médical).</p> <p>A travers la manière dont la méthode a été expliquée, nous pensons que les données ont été recueillies de manière à minimiser les biais malgré le fait qu'il n'y a pas d'information précise à ce propos.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et

	<p>met-il en évidence les extraits rapportés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p>Un programme nommé <i>SuperLab 4.0</i> de <i>Cedrus Corporation</i> a permis d'enregistrer le temps de réponses pour chaque association d'image. Les données ont été modifiées et rassemblées selon les recommandations données par Greenwald et al. (1998).</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont pris en considération notamment si la personne s'est trompée de bouton.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Les résultats sont adéquatement présentés sous forme de texte narratif et de graphiques.</p> <p>Ils sont séparés en 4 paragraphes qui fournissent des résultats pour chaque hypothèse. La première hypothèse est affirmée, il y a effectivement la présence de préjugés implicites. Les étudiants ont répondu plus rapidement lorsqu'il fallait associer les images des personnes obèses avec des attributs négatifs, ainsi que les images de personne normale avec des attributs positifs et dans l'autre sens, les étudiants ont répondu moins rapidement lorsqu'il fallait associer des attributs positifs avec</p>

	<p>des images de personnes obèses et des attributs négatifs avec des personnes normales.</p> <p>Pour la deuxième hypothèse, elle est aussi confirmée. Les participants ont mis moins de temps à répondre lorsque les images correspondaient aux femmes de poids normal avec des attributs positifs comparé aux hommes.</p> <p>Concernant la troisième hypothèse, les résultats ne correspondent pas à ce que l'auteur avait imaginé. Les préjugés n'étaient pas plus accentués dans le milieu médical.</p> <p>La dernière hypothèse n'a pas non plus été confirmée, les étudiants en soins infirmiers ont mis un peu plus de temps à répondre que les étudiants en psychologie mais pour toutes les images, non pas auprès d'un type d'association.</p> <p>Les résultats ont été présentés à l'ensemble des étudiants puis les étudiants en psychologie ont pu analyser les données de façon anonyme.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p>Les résultats sont interprétés pour chacune des hypothèses (déjà décrit dans les questions précédentes). Ils concordent</p>

	<p>avec les études antérieures menées sur le même sujet et ils découlent logiquement des résultats.</p> <p>L'auteur fait le lien entre les différents résultats (sur les 4 hypothèses) et sur les études antérieures.</p> <p>Les limites ont été abordées, l'étude comprend des étudiants provenant d'une même université et n'est donc pas représentatif des étudiants dans ces deux domaines en général. Les répondants étaient principalement des femmes ce qui peut avoir une influence sur les résultats.</p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p>L'auteur n'a pas expliqué les conséquences de l'étude pour la pratique clinique. Cependant il apporte plusieurs suggestions pour la recherche future. Une étude sur le lien entre les préjugés implicites et les comportements discriminatoires seraient utiles. Etudier des préjugés explicites chez les étudiants permettrait une comparaison entre des mesures implicites et explicites.</p> <p>Il serait aussi intéressant de comparer si les infirmières qui soignent régulièrement les patients obèses ont de plus grands préjugés que les autres infirmières. Et pour finir, l'élaboration d'interventions visant à améliorer la compréhension de l'expérience des personnes obèses devraient être introduit dans les programmes d'études en soins infirmiers.</p>

**Development of an instrument to assess nurse practitioner
attitudes and beliefs about obesity** (Ward-Smith & Peterson, 2016)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>Le titre précise les concepts clés et la population à l'étude qui comprend l'évaluation des attitudes et des croyances des infirmières praticiennes à propos de l'obésité. Le titre <i>"Development of an instrument to assess nurse practitioner attitudes and beliefs obesity"</i> aborde aussi une notion de développement d'un instrument pour permettre cette évaluation.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Le résumé synthétise clairement la recherche, il comprend le problème au travers du contexte et de l'objectif, la méthode, la conclusion et l'implication pour la pratique.</p> <p>Le but de cette recherche est de décrire les attitudes et les croyances des infirmières praticiennes sur l'obésité.</p> <p>Le recrutement des participants s'est fait à l'occasion d'une conférence nationale. 358 infirmières ont répondues à une enquête développé par l'investigateur qui évaluait les attitudes et les croyances et qui a fournit des informations démographiques afin de décrire les participants. Aucune information dans le résumé n'est fournit concernant le développement de l'instrument qui va permettre d'évaluer les attitudes et les croyances sur l'obésité des infirmières praticiennes.</p> <p>Les scores ont indiqués que les infirmières praticiennes</p>

	perçoivent le surpoids et l'obésité comme des personnes pas autant bien que les autres, qui ont moins de succès, qui ne sont pas convenable pour être marié, négligé et pas en bonne santé.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p>Le problème à l'étude est clairement formulé et circonscrit. Il s'agit d'étudier les attitudes et les croyances des infirmières praticiennes envers les patients en surpoids ou obèse car cette connaissance est nécessaire pour développer ou mettre en œuvre des interventions fondées sur des données probantes. Il a été mis en avant que les attitudes et les perceptions négatives (représenté sous forme de préjugé envers le poids) des fournisseurs de soins de santé interfèrent avec la qualité des soins fournis (Brown, 2006).</p> <p>Le problème est pertinent dans le contexte des connaissances actuelles. L'étude apporte des données sur l'obésité aux Etats-Unis (prévalence, âge, impact socio-économique, sexe).</p> <p>L'obésité est reconnue comme une maladie complexe qui touche différentes catégories de personnes.</p> <p>Les attitudes négatives ou les croyances tel que le fait d'être indiscipliné, inactif, ayant une mauvaise hygiène de vie ont été corrélé avec des effets négatifs sur la santé (Bacon, Scheltema et Robinson, 2001).</p> <p>Les postulats sous-jacents à l'étude sont donc précisés.</p>

Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? • La recension présente-t-elle des sources primaires ? <p>Une recension des écrits a été entreprise. Elle nous semble présenter une base solide pour l'étude car elle s'appuie sur des sources primaires (Brown, 2006, Creel & Tillman 2011, Allison, Basile & Yuker 1991).</p> <p>Par exemple, selon Gujral, Tea & Sheridan (2011) l'expérience de l'infirmière, son âge et son IMC sont des données qui influencent les croyances individuelles.</p> <p>De plus, les patients qui se sentent stigmatisés par l'attitude des infirmières, se sentent honteux, marginalisés et anxieux (Creel & Tillman, 2011).</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <p>Les concepts clés qui comprennent l'obésité et les attitudes et les croyances envers les patients obèses sont mises en évidence et décrites de façon adéquate. Ils sont liés au but de l'étude.</p> <p>Tout d'abord une présentation de la prévalence de l'obésité aux États-Unis est fournie avec les catégories de personne le</p>

	<p>plus touché par ce problème de santé (minorités raciales et ethniques, les personnes à faibles revenus ainsi qu'à faible éducation et les zones géographiques les moins bien desservie au niveau médical). Les différences de préjugés entre homme et femme et pour finir en quoi cette étude est pertinente avec comme appuie différentes études qui abordent les attitudes et les croyances de l'obésité dans le domaine des soins.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p>Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise. Comme abordé auparavant, cet étude a pour but de décrire les attitudes et les croyances que les infirmières praticiennes ont envers les patients en surpoids ou obèses et de tester un nouvel instruments mis au point à cet effet.</p> <p>Il n'y a pas d'hypothèses proposées. Les variables clés sont les attitudes et les croyances et la population à l'étude comprend les infirmières praticiennes mais il n'y a pas plus d'information à ce propos dans l'introduction.</p>

	La question de recherche traite des croyances des participants.
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>La population visée est large et donc peu précise. Il s'agit d'infirmières praticiennes qui assistaient à une conférence nationale aux Etats-Unis (American Association of NPs Conférence). La méthode utilisée pour recruter les participants est appropriée. Les membres de l'équipe de recherche ont été placés à une table dans la salle de conférence pour fournir les informations nécessaires et de quoi remplir l'enquête.</p> <p>Par rapport à la taille du questionnaire, les chercheurs avaient besoin de plus de 200 réponses pour fournir une analyse factorielle exploratoire suffisante. En choisissant un congrès avec plus de 4'000 participants, l'étude se donne les moyens d'arriver à l'échantillonnage souhaité.</p> <p>Cependant, les caractéristiques de l'échantillon sont décrites</p>

	<p>dans les résultats (94% de femmes, âge moyen de 49 ans, l'origine géographique, auto-évaluation du poids personnel).</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p>Peu d'information sont donnée concernant les considérations éthiques. Etant donné que c'est une étude à faible risque, le consentement est implicite lorsque le participant redonne le questionnaire rempli.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>Le devis utilisé, qui est de type qualitatif, permet à l'étude d'atteindre son but et il fournit le moyen d'examiner les questions de recherche.</p> <p>La méthode de recherche proposée est appropriée pour étudier le problème posé. Une question sur la désirabilité sociale est posée et permet d'évaluer la fiabilité des réponses (lié à l'influence sociale).</p> <p>Le temps passé sur le terrain est très bref car la conférence</p>

	<p>dure trois jours et les questionnaires ont pu être remplis les deux premiers jours de cette conférence. Les participants avaient l'opportunité de poser leurs requêtes et d'avoir une réponse avant la fin de l'enquête.</p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>Les outils de mesure correspondent à un questionnaire mais il n'y a pas d'information fournie concernant le contenu des questions mis à part qu'il se compose de 21 items.</p> <p>L'auteur indique que l'enquête a été développée pour cette étude mais qu'il a adapté son contenu vis à vis d'autres enquêtes déjà validées et publiées (Allison, Basile & Yuker (1991), Harris & Smith (1982) et Magallares (2012)). Un test nommé <i>Flesch-Kincaid</i> a été utilisé dans le but de vérifier si le questionnaire était compréhensif pour la population visée.</p> <p>L'étude ne parle pas de procédure expérimentale.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?

	<p>Les questionnaires remplis ont été stockés dans une boîte d'étude qui a été scellée à la fin de la collecte de donnée et expédié aux bureaux de l'équipe de recherche. Toutes les données ont été maintenues dans le bureau privé des chercheurs et elles étaient verrouillées lorsqu'elles n'étaient pas en cours d'analyse. Les réponses de chaque enquête ont été saisies manuellement dans un programme spécifique nommé "SPSS" et une triple vérification a été effectuée.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? <p>La méthode d'analyse est clairement décrite.</p> <p>Les chercheurs ont donc utilisés le logiciel statistique SPSS pour analyser les données. Ils ont utilisés une statistique nommé alpha Cronbach afin d'évaluer la fiabilité des questions posées. Les données ont été validées et considéré comme fiable.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les

	<p>participants ou par des experts ?</p> <p>Il n'y pas de tableaux ou de graphiques pour présenté les résultats. Ils sont simplement résumés par un texte narratif. Le contenu n'est pas structuré, les différentes données sont fournit, les uns après les autres, le phénomène n'est donc pas bien représenté.</p> <p>L'analyse factorielle a identifié trois composantes: les caractéristiques personnelles, les résultats comportementaux et l'état de santé. Les caractéristiques personnelles incluent de ne pas être autant bien que les autres personnes, de ne pas avoir de succès, de ne pas être une personne désirable pour être marié, de ne pas être soigné et de ne avoir d'avenir familial. Pour les résultats sur les comportements, cela inclut de ne pas être heureux, de ne pas être social ou sexuellement attractif, de ne pas être autant intelligent que les autres et d'utiliser la nourriture comme moyen de compenser un manque d'amour et d'attention. Pour finir, dans la catégorie sur l'état de santé, les résultats comprennent le fait d'être dépendant à la nourriture, de manquer de volonté et d'être en mauvaise santé.</p> <p>Les résultats démontrent que les croyances et les attitudes des infirmières viennent influencer leurs perceptions des personnes obèses et qu'il est dès lors difficile de les traiter de manière isoler.</p> <p>Nous trouvons que ces résultats manquent de clartés. Il n'y a pas d'information quand au pourcentage de personnes qui ont permis d'affirmer ces résultats et donc nous ne savons pas si cela représente une majorité des avis.</p>
DISCUSSION	
Interprétations	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?

des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p>Les résultats sont discutés à la lumière d'études antérieures. Différentes études ont fait le lien entre les attitudes, les croyances et la perception (Audi (2004), Wallace, Paulson, Seigneur & Bond (2005), Fishbein & Ajzen (1975)).</p> <p>Les limites de l'étude ont été définies. L'échantillon ne représente pas toutes les infirmières praticiennes mais seulement celles qui étaient présentes à la conférence. De plus, il n'y a pas d'information quand au lieu de résidence des participants.</p> <p>Les conclusions découlent logiquement des résultats.</p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p>Pour diminuer l'impact des attitudes et des croyances sur les soins fournis, la première étape pour les infirmières est d'être conscientes des préjugés qu'elles peuvent avoir à l'encontre des personnes obèses.</p>

	Afin de minimiser cet impact, l'étude suggère d'intégrer des évaluations personnelles couplées à des interventions ciblées dans les forums.
--	---