

## Questionnaire général pour l'obésité, première détermination EOSS

Ce questionnaire est conçu pour vous aider, vous et votre médecin généraliste, à mieux comprendre votre problématique de poids. Le questionnaire est divisé en plusieurs catégories ; il est important de répondre à **chaque question** afin d'obtenir une image la plus précise possible de votre état de santé.

Une fois le questionnaire complété, prenez rendez-vous avec votre médecin généraliste pour le parcourir ensemble. Le médecin pourra alors discuter avec vous de l'aide dont vous pourriez avoir besoin et, si nécessaire, vous orienter vers un accompagnement professionnel. Si le médecin vous oriente vers un centre **de l'obésité**, le contenu de ce questionnaire sera également pris en compte, mais il se peut que l'on vous demande de répondre à **des questions complémentaires**.

Ce questionnaire a été validé par des experts en obésité en évaluant la pertinence de toutes les questions à l'aide d'une échelle de Likert à 4 points, puis en menant des entretiens semi-structurés avec des patients de la clinique de l'obésité de l'hôpital universitaire de Louvain.

### **Domaine 1 : Questions générales**

1. *Quel est votre sexe ?*

A. *Homme*

B. *Femme*

C. *X*

2. *Quel est votre âge ?*

A. *[Champ digitale]*

3. *Quelle est votre taille ? (cm)*

A. *[Champ digitale]*

4. *Quel est votre poids ? (kg)*

A. *[Champ digitale]*

5. *Depuis combien de temps souffrez-vous d'un excès de poids (y compris un surpoids léger) ou à quel âge environ avez-vous commencé à en souffrir ?*

A. *Depuis mon jeune âge*

B. *Depuis plus de 10 ans*

C. Depuis 5 à 10 ans

D. Depuis moins de 5 ans

E. Je ne sais pas exactement

6. Avez-vous déjà pris beaucoup de poids ( $\geq 5$  kg) en peu de temps (par exemple 3 mois)?

A. Non

B. Oui

C. Si oui : pensez-vous que cela soit lié à l'un des éléments suivants (plusieurs options possibles)? [menu déroulant]

C.1. Médicaments

C.2. Stress (lié à la vie privée, professionnelle, etc.)

C.3. Trauma psychologique

C.4. Problème hormonal

C.5. Blessures physiques

C.6. Après une grossesse

C.7. Après avoir arrêté de fumer, de boire ou de consommer des drogues

C.8. Manque de sommeil

C.9. Accès limité à une alimentation saine

C.10. Autre: Champ de texte libre

7. Qu'est-ce que vous avez fait jusqu'à présent pour perdre du poids (plusieurs options possibles)?

A. Je n'ai pas essayé de perdre du poids ni de contrôler mon poids

B. J'ai modifié mon alimentation (par exemple, suivi un régime ou utilisé des substituts de repas)

C. J'ai augmenté mes activités physiques

D. J'ai eu recours à des médicaments

E. J'ai subi une chirurgie bariatrique

- F. *J'ai reçu de l'aide professionnelle d'un diététicien*
  - G. *J'ai reçu de l'aide professionnelle d'un kinésithérapeute ou d'un coach*
  - H. *J'ai reçu de l'aide professionnelle d'une psychologue*
  - I. *J'ai reçu de l'aide professionnelle de mon médecin généraliste*
  - J. *J'ai reçu de l'aide professionnelle d'un spécialiste autre*
  - K. *Autre: Champ de texte libre*
8. *Qu'attendez-vous le plus si vous parvenez à perdre du poids ?*
- A. *Une meilleure santé ou condition physique*
  - B. *Une image de soi plus positive*
  - C. *Des compliments de mon entourage*
  - D. *Le fait de pouvoir à nouveau porter des vêtements qui ne me vont plus*
  - E. *Autre: Champ de texte libre*
9. *Quelles aides aimeriez-vous recevoir (plusieurs options possibles)?*
- A. *Accompagnement personnalisé d'un(e) diététicien(ne)*
  - B. *Accompagnement personnalisé d'un(e) psychologue*
  - C. *Accompagnement personnalisé d'un(e) kinésithérapeute*
  - D. *Traitements médicamenteux pour soutenir la perte de poids*
  - E. *Une chirurgie bariatrique*
  - F. *Autre: Champ de texte libre*

## **Domaine 2 : Sommeil**

10. *Ronflez-vous fort ? Par « fort », nous entendons que quelqu'un peut vous entendre ronfler à travers une porte fermée.*
- A. *Non*
  - B. *Oui*

C. *Je ne sais pas*

11. *Arrêtez-vous parfois brièvement de respirer pendant votre sommeil?*

A. *Non*

B. *Oui*

C. *Je ne sais pas*

12. *Vous sentez-vous souvent (quelque fois par semaine) fatigué(e) pendant la journée?*

A. *Non*

B. *Oui*

### ***Domaine 3 : Manger***

13. *Mangez-vous de grandes portions (plus qu'une portion standard) en une seule fois?*

Une portion standard pour un repas à base de pain correspond à 2 à 4 tranches de pain.

Une portion standard pour un repas chaud se compose par exemple de 3 à 5 pommes de terre de taille moyenne, de 3 ou 4 cuillères de légumes et d'un œuf / d'un petit morceau de viande ou de poisson ( $\pm 100$  grammes), ou d'une alternative végétarienne

A. *Non*

B. *Oui*

14. *Arrêtez-vous de manger dès que vous vous sentez rassasié(e) ?*

A. *Oui, j'arrête de manger lorsque je me sens rassasié(e)*

B. *Je ne cesse pas de manger dès que je suis rassasié(e), mais seulement quand je commence à me sentir nauséieux/nauséeuse*

C. *Je continue à manger, même lorsque je me sens déjà nauséieux/nauséeuse*

15. *À quelle fréquence mangez-vous quelque chose (de petit) entre les repas principaux?*

A. *Presque jamais*

B. *Au maximum deux fois par jour*

C. *Entre 3 et 5 fois par jour*

D. *Plus de 5 fois par jour*

16. *Avez-vous parfois des épisodes de frénésie alimentaire (manger de grandes quantités de nourriture de manière incontrôlée)?*

A. *Non*

B. *Oui*

17. *Avez-vous peur de perdre le contrôle sur la quantité que vous mangez*

A. *Non*

B. *Oui*

18. *Vous levez-vous parfois la nuit pour manger?*

A. *Non*

B. *Oui*

19. *Avez-vous honte de manger en public?*

A. *Non*

B. *Oui*

20. *Mangez-vous parfois en cachette pour éviter que les autres ne le voient?*

A. *Non*

B. *Oui*

21. *A quelle fréquence consommez-vous des boissons caloriques (soda, jus de fruit....)*

A. *Rarement ou jamais*

B. *1x/mois*

C. *1x/semaine*

D. *2 fois ou plus par semaine*

22. *À quelle fréquence consommez-vous des repas à emporter, de la friture ou des plats préparés ?*

A. *Rarement ou jamais*

- B. 1x/mois
- C. 1x/semaine
- D. 2 fois ou plus par semaine

#### **Domaine 4: Exercice physique**

23. Bougez-vous beaucoup au travail ?

- A. Non, j'ai un travail sédentaire (par exemple, travailler à l'ordinateur)
- B. Je marche beaucoup, mais je ne fais pas beaucoup d'autres mouvements (par exemple, guide, enseignant, etc.)
- C. Oui, je bouge beaucoup au travail (jardinier, agent d'entretien, ouvrier du bâtiment, etc.)
- D. Je ne travaille plus

24. Combien de jours par semaine faites-vous en moyenne des activités à faible intensité (comme marcher tranquillement) pour une durée d'au moins 30 minutes pendant votre temps libre .

- A. 0
- B. 1
- C. 2
- D. 3
- E. 4
- F. 5
- G. 6
- H. 7

25. Combien de jours par semaine faites-vous en moyenne des activités modérées à intenses (comme la marche rapide, le jogging, le vélo, la natation, etc.) pour une durée d'au moins 10 minutes pendant votre temps libre?

- A. 0

B. 1

C. 2

D. 3

E. 4

F. 5

G. 6

H. 7

**Domaine 5: Alcool, tabac et drogues**

26. À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool?

A. Jamais

B. 1 fois par mois ou moins

C. 2 à 4 fois par mois

D. 2 à 3 fois par semaine

E. 4 fois ou plus par semaine

F. J'ai arrêté de boire de l'alcool

27. Combien de verres buvez-vous lors d'une journée typique où vous buvez

A. 0

B. 1 ou 2

C. 3 ou 4

D. 5 ou 6

E. 7, 8 ou 9

F. 10 ou plus

28. Fumez-vous?

A. Non

B. Oui

C. J'ai arrêté de fumer

*Si oui, combien de cigarettes (ou autres produits du tabac) fumez-vous par jour ? [champ de texte libre]*

*Si vous avez arrêté de fumer, pendant combien de temps avez-vous fumé ? [champ de texte libre]"*

29. Consommez-vous d'autres drogues (comme le cannabis, l'ecstasy ou une amphétamine)?

A. Non

B. Oui

*Si oui : quelles drogues? [Champ de texte libre]*

30. À quelle fréquence utilisez-vous ces drogues?

A. 1 fois par mois ou moins

B. 2 à 4 fois par mois

C. 2 à 3 fois par semaine

D. 4 fois ou plus par semaine

## **Domaine 6 : Santé physique et usage de médicaments**

31. Avez-vous (ou avez-vous eu) un des problèmes de santé suivants (plusieurs réponses possibles)?

A. Hypertension artérielle

B. Cholestérol élevé

C. Diabète sucré

D. Reflux gastro-oesophagien

E. Apnée du sommeil

F. Crise cardiaque

G. Accident vasculaire cérébral

- H. *Cancer*
- I. *Goutte (rhumatisme inflammatoire)*
- J. *Stéatose hépatique (« foie gras »)*
- K. *Incontinence urinaire*
- L. *Douleurs au dos, aux hanches, aux genoux ou aux articulations*
- M. *Autre : champ de texte libre*

32. *Prenez-vous actuellement des médicaments?*

- A. *Non*
- B. *Oui*

*Si oui : quels médicaments [Champ de texte libre]*

#### **Domaine 7 : Bien-être fonctionnel**

33. *Vous sentez-vous limité dans l'exécution des activités domestiques?*

- A. *Non*
- B. *Oui – dans une certaine mesure (continuer l'activité, éventuellement avec des adaptations)*
- C. *Oui – dans une grande mesure (par exemple, reporter régulièrement l'activité en raison de l'obstacle)*
- D. *Oui – je ne peux plus effectuer ces activités de manière autonome*

34. *Vous sentez-vous limité dans l'exécution de votre travail?*

- A. *Non*
- B. *Oui – dans une certaine mesure*
- C. *Oui – dans une grande mesure*
- D. *Oui – je ne peux plus effectuer ces activités de manière autonome*

35. *Vous sentez-vous limité dans l'exécution des activités familiales?*

- A. Non
- B. Oui – dans une certaine mesure
- C. Oui – dans une grande mesure
- D. Oui – je ne peux plus effectuer ces activités de manière autonome
36. Vous sentez-vous limité dans l'exécution des activités de loisirs?
- A. Non
- B. Oui – dans une certaine mesure
- C. Oui – dans une grande mesure
- D. Oui – je ne peux plus effectuer ces activités de manière autonome
37. Vous sentez-vous limité dans l'exécution des activités sociales?
- A. Non
- B. Oui – dans une certaine mesure
- C. Oui – dans une grande mesure
- D. Oui – je ne peux plus effectuer ces activités de manière autonome
38. Si vous vous sentez limité(e) dans l'exécution de ces activités, quelle en est la cause ?
- A. À cause de l'essoufflement
- B. À cause d'une fatigue sévère ou de vertiges
- C. À cause de douleurs articulaires
- D. À cause de la honte ou de sentiments négatifs liés aux problèmes de poids
- E. Pour une autre cause [champ de texte libre]

Si vous avez répondu A ou B à la question 38, **continue à la question 39.**

Si vous avez répondu C, D ou E à la question 38, vous pouvez passer les questions 39 à 45 et **continuer à partir de la question 46.**

39. Indiquez, pour les questions ci-dessous, dans quelle mesure vous vous êtes senti(e) limité(e) par l'essoufflement ou fatigue lors de l'exécution de l'activité mentionnée au cours des 2 dernières semaines.

Lors de la douche ou du bain :

- A. *Très limité(e)*
- B. *Assez limité(e)*
- C. *Modérément limité(e)*
- D. *Un peu limité(e)*
- E. *Pas du tout limité(e)*
- F. *Je n'ai pas pratiqué cette activité pendant cette période ou je me suis senti(e) limité(e) pour une autre raison*

Lors d'une petite marche au rez-de-chaussée :

- A. *Très limité(e)*
- B. *Assez limité(e)*
- C. *Modérément limité(e)*
- D. *Un peu limité(e)*
- E. *Pas du tout limité(e)*
- F. *Je n'ai pas pratiqué cette activité pendant cette période ou je me suis senti(e) limité(e) pour une autre raison*

Lors du jogging ou en se dépêchant pour attraper un bus/train :

- A. *Très limité(e)*
- B. *Assez limité(e)*
- C. *Modérément limité(e)*
- D. *Un peu limité(e)*
- E. *Pas du tout limité(e)*
- F. *Je n'ai pas pratiqué cette activité pendant cette période ou je me suis senti(e) limité(e) pour une autre raison*

40. *À quelle fréquence avez-vous eu un pied, une cheville ou une jambe gonflé(e) au réveil au cours des 2 dernières semaines?*

- A. *Chaque matin*
- B. *Au moins 3 fois par semaine*
- C. *1 ou 2 fois par semaine*
- D. *Moins d'une fois par semaine*
- E. *Pas du tout au cours des 2 dernières semaines*

41. *À quelle fréquence la fatigue vous a-t-elle (en moyenne) limité(e) dans les 2 dernières semaines pour faire les choses que vous vouliez faire?*

- A. *Tout le temps*
- B. *Plusieurs fois par jour*
- C. *Au moins quotidiennement*
- D. *Au moins 3 fois par semaine*
- E. *1 ou 2 fois par semaine*
- F. *Moins d'une fois par semaine*
- G. *Pas du tout au cours des 2 dernières semaines*

42. *À quelle fréquence l'essoufflement vous a-t-il (en moyenne) limité(e) dans les 2 dernières semaines pour faire les choses que vous vouliez faire?*

- A. *Tout le temps*
- B. *Plusieurs fois par jour*
- C. *Au moins quotidiennement*
- D. *Au moins 3 fois par semaine*
- E. *1 ou 2 fois par semaine*
- F. *Moins d'une fois par semaine*
- G. *Pas du tout au cours des 2 dernières semaines*

43. *À quelle fréquence avez-vous dû dormir dans les 2 dernières semaines (en moyenne), en raison de l'essoufflement, avec 3 oreillers sous vous ou assis(e) dans un fauteuil?*

- A. *Chaque nuit*

B. *Au moins 3 fois par semaine*

C. *1 ou 2 fois par semaine*

D. *Moins d'une fois par semaine*

E. *Pas du tout au cours des 2 dernières semaines*

44. *Dans quelle mesure l'essoufflement ou fatigue a-t-elle limité votre capacité à profiter de la vie au cours des 2 dernières semaines?*

A. *Fortement limité(e)*

B. *Assez limité(e)*

C. *Modérément limité(e)*

D. *Un peu limité(e)*

E. *Pas du tout limité(e)*

45. *Comment vous sentiriez-vous si vous deviez vivre le reste de votre vie avec l'essoufflement ou fatigue telle que vous l'expérimenteriez actuellement?*

A. *Absolument pas satisfait(e)*

B. *Principalement insatisfait(e)*

C. *Quelque peu satisfait(e)*

D. *Principalement satisfait(e)*

E. *Totalement satisfait(e)*

#### **Domaine 8 : Bien-être mental**

46. *À quel point étiez-vous déprimé au cours des 6 derniers mois?*

A. *Je ne me sentais pas triste ni déprimé*

B. *Je me sentais un peu triste ou déprimé*

C. *Je me sentais triste ou déprimé*

D. *Je me sentais très triste ou déprimé*

47. *Comment évalueriez-vous votre bien-être mental général ces derniers temps (au cours des 6 derniers mois)?*

- A. *Très bien, je me sens généralement heureux*
- B. *Bien, avec parfois quelques jours moins bons*
- C. *Pas très bien, j'ai plus de mauvais jours que de bons*
- D. *Mal, j'ai beaucoup de difficultés avec mes émotions*

48. *Comment est votre image de soi en général?*

- A. *Je pense très positivement à propos de moi-même*
- B. *Je pense positivement à propos de moi-même*
- C. *Je pense négativement à propos de moi-même*
- D. *Je pense très négativement à propos de moi-même*

49. *Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à votre corps en général?*

- A. *Je suis très satisfait(e) de mon corps*
- B. *Je suis satisfait(e) de mon corps*
- C. *Je suis insatisfait(e) de mon corps*
- D. *Je suis très insatisfait(e) de mon corps*

### **Questions de clôture**

50. *L'excès de poids a-t-il également un impact sur votre partenaire ou votre entourage élargi?*

- A. *Non*
- B. *Oui*

*Si oui, de quelle manière ? [champ de texte libre]*

51. *Qui a rempli le questionnaire ?*

- A. *Moi-même*
- B. *Autre : champ de texte libre*

***Champ de validation pour le médecin généraliste / référent interne***

**Score EOSS proposée – bien-être mental : ...**

**Score EOSS proposée – bien-être fonctionnel : ...**

**Score EOSS proposée – bien-être médical : ...**

**Score EOSS total à déterminer par le référent \* : ...**

***Champ de texte libre pour la demande spécifique du médecin généraliste (ex. : Je souhaite un avis endocrinologique, évaluation en vue d'une chirurgie, ...)***