Liste des abréviations et définitions

A1 à A11 :	Adhérent 1 à Adhérent 11 - Identification chiffrée anonyme des adhérents
Adhérent or :	Ce terme désigne les adhérents du PANM ayant atteint leur objectif de poids final (compris dans le barème santé défini par le programme). Les adhérents or ont la possibilité d'accéder gratuitement au programme, et ce, à vie, tant que leur poids ne varie pas à deux kilos près
AMM :	Autorisation de mise sur le marché
ATCD :	Antécédents
Autres :	Dans ce travail, le terme « les autres » a été utilisé pour parler des personnes de l'entourage en dehors des proches.
CHD :	Conseils hygiéno-diététiques
CHU :	Centre hospitalo-universitaire
DSM IV :	Diagnostic and statistical manual, 4ème édition
EM :	Entretien Motivationnel
HAS :	Haute autorité de santé
HTA :	Hypertension artérielle
IDE :	Infirmière diplômée d'état
IFOP :	Institut français d'opinions publiques – Institut de sondages d'opinions et d'études marketing
IMC :	Indice de masse corporelle. Indice permettant d'estimer le surpoids et l'obésité chez les populations et les individus adultes. Il correspond au poids en kilogrammes divisé par le carré de la taille exprimée en mètres (kg/m2).
INSEE :	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES :	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
Kg :	Kilogrammes
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PANM :	Programme d'amaigrissement non médicalisé
PEC :	Prise en charge
PNO :	Plan national Obésité
SAS :	Syndrome d'apnée du sommeil
TCA :	Troubles du comportement alimentaire
TCC :	Thérapies cognitivo-comportementales
-Mot- :	Certains mots ont été mis entre tirets, soit pour conserver l'anonymat des personnes dont les noms étaient cités, soit pour remplacer le nom commercial du programme, soit pour apporter des précisions utiles à la compréhension des propos.

PLAN

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MATÉRIEL ET MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Population de l'étude

2. Thématiques

2.1. Le PANM

2.2. Les représentations de l'obésité

2.3. L'expérience de l'obésité

2.4. Les représentations du système de soins conventionnel

DISCUSSION

1. Critique de la méthode

2. Le surpoids : conséquence d'une addiction

3. Obésité et discrimination

4. La relation médecin-patient

5. Quelles pistes pour une meilleure prise en charge de nos patients obèses ?

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

RÉSUMÉ

De nombreux patients présentant une obésité s'orientent spontanément vers des méthodes d'amaigrissement s'éloignant du système de soins conventionnel. Nous avons formulé l'hypothèse que pour améliorer sa pratique, le médecin généraliste doit savoir ce que ces patients pensent de sa prise en charge et connaître les raisons qui les amènent à s'orienter d'eux-mêmes en dehors du système de soins conventionnel. Cette étude qualitative interrogeait des personnes obèses adhérant à un programme d'amaigrissement non médicalisé (PANM) sur leurs représentations concernant la prise en charge du surpoids. Onze entretiens semi-dirigés ont été réalisés après recrutement des adhérents au sein de trois lieux de réunions du PANM, dans le Maine-et-Loire, entre Mai et Juin 2015. En théorie, le médecin traitant pouvait être identifié par les adhérents comme une ressource intéressante pour perdre du poids, du fait de ses compétences médicales et de sa connaissance du patient. Les adhérents pensaient qu'il avait un rôle primordial dans la prise en charge de l'obésité. Il n'était toutefois pas déterminé comme interlocuteur privilégié, principalement parce qu'ils estimaient qu'il manquait de temps et d'intérêt pour la question. Certains adhérents ne considéraient pas l'obésité comme une maladie mais comme un problème esthétique qui ne concernait donc pas le médecin. Les méthodes proposées par le système de soins et expérimentées par les patients ne semblaient pas aboutir aux résultats escomptés par ces derniers qui se sentaient abandonnés par leur médecin. Ils se tournaient donc vers des méthodes connues, réputées « faciles », « efficaces », « sécurisées » qui mettaient l'accent sur l'entretien de la motivation. L'obésité était vécue par certains adhérents comme les conséquences d'une addiction. Ils devaient passer par différents stades avant d'être disposés au changement et au maintien du nouveau comportement. Au-delà des conseils hygiéno-diététiques, l'entretien motivationnel, trop peu utilisé dans le cadre du surpoids, pourrait être un moyen de remettre le patient au centre de sa prise en charge tout en l'accompagnant dans ce difficile parcours d'amaigrissement afin qu'il soit durable. La prescription de l'activité physique sur ordonnance pourrait être un axe supplémentaire, permettant de renforcer le caractère incitatif à la pratique du sport.

INTRODUCTION

L'obésité est définie par *l'OMS (1)* comme étant une accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé**.** Le dossier d'information *Obésité de l'INSERM (2)* réalisé en collaboration avec le Professeur Basdevant Arnaud, président du *PNO 2010-2013*, caractérise l'obésité comme étant une maladie de l'adaptation aux récentes évolutions des modes de vie. Elle résulterait d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques, ce déséquilibre aboutissant à une inflation des réserves stockées dans le tissu graisseux, entraînant elle-même de nombreuses complications.

Selon les dernières estimations de *l'OMS (1)*, la prévalence de l'obésité, «*pandémie des temps modernes*», a plus que doublé au niveau mondial entre 1980 et 2014, avec une prévalence en 2014 de 600 millions d'adultes obèses. Une grande partie de la population mondiale vit dans des pays où le surpoids et l'obésité tuent plus que l'insuffisance pondérale, les complications liées à l'obésité entraînant le décès d'au moins 2.8 millions de personnes chaque année.

Bien que la France soit loin de présenter le plus fort taux d'obésité au monde (120ème sur 189 pays étudiés selon les données de *l'OMS* en 2008) *(1),* on constate aussi une nette augmentation de cette prévalence avec un taux de seulement 6.1 % en 1980, contre 14% en 2009, et 15 % d'adultes obèses en 2012 *(2)*. Selon l'enquête *OBEPI 2012 (3)*, qui mettait en évidence pour la première fois en trente ans une tendance significative au ralentissement de la progression de la prévalence de l'obésité, cette dernière continue toutefois d'augmenter en France, en particulier chez les femmes.

De même, l'obésité représente une part importante des dépenses de santé publique, soit entre 1,5 et 4,6 % des dépenses courantes de santé en France en 2002 selon les résultats de *l'enquête santé et protection sociale de l'IRDES* en 2002 *(4)*. La lutte contre cette pathologie représente donc un réel enjeu de santé publique. Le *plan obésité 2010-2013 (5)* et le *programme régional de lutte contre l'obésité 2014*-2018 *(6)*, témoins de l'investissement des pouvoirs publics français dans cette lutte, réaffirment à travers plusieurs axes, la place importante du médecin traitant au sein de cette problématique.

Les *Recommandations de bonne pratique* validées par la *HAS* en septembre 2011 *(7)* corroborent ce constat. En effet, le médecin traitant devrait jouer un rôle primordial dans cette pathologie puisqu'il intervient en premier recours dans la prévention, le dépistage, le diagnostic et le suivi. Il est identifié comme personne ressource afin de délivrer les conseils adaptés à son patient pour le guider dans sa perte de poids. Toutes ces mesures peuvent être assurées par le médecin généraliste dans «bon nombre de cas». Des outils sont d'ailleurs mis à la disposition des médecins traitants par la HAS afin de permettre la meilleure prise en charge

possible de cette pathologie. Cependant, en cas d'échec à l'atteinte des objectifs thérapeutiques définis, il sera amené à orienter le patient vers d'autres professionnels de santé (diététiciens, nutritionnistes ou centres de nutrition, psychologues ou psychiatres, professionnels en activité physique adaptée, voire chirurgiens), tout en continuant à assurer ce suivi. Cependant, en pratique, la prise en charge de l'obésité par le médecin généraliste semble souvent se traduire par un sentiment d'inefficacité partagé aussi bien par les médecins que par les patients *(8).*

Quant à la chirurgie bariatrique, si elle est actuellement considérée comme étant le traitement le plus efficace de l'obésité (*étude suédoise SOS (9)*) que ce soit en terme de perte de poids ou de réduction de la morbi-mortalité, les patients, de même que certains médecins, émettent des réserves vis-à-vis de ce traitement du fait des risques de complications parfois graves et du caractère irréversible de certaines interventions.

Certains patients semblent donc s'orienter vers des méthodes d'amaigrissement s'éloignant plus ou moins du système de soins conventionnel, souvent payantes, parfois controversées, et généralement très médiatisées.

Nous formulons l'hypothèse que pour améliorer la prise en charge de ces patients obèses, le médecin généraliste doit savoir ce que ces patients pensent de sa prise en charge et connaître les raisons qui les amènent à s'orienter d'eux-mêmes en dehors du système de soins conventionnel.

Plusieurs thèses ont déjà été réalisées afin de tenter d'expliquer du point de vue du médecin *(10)* ou du patient *(11)* les difficultés rencontrées à la prise en charge de cette pathologie chronique et les raisons de ces échecs. La plupart de ces travaux a été réalisée en interrogeant des patients issus de cabinets de médecins généralistes ou de centres de nutrition, mais très peu sélectionnaient des patients adhérant à un programme d'amaigrissement non médicalisé (PANM). Il nous a semblé qu'explorer le point de vue de ces derniers pouvait apporter un autre éclairage à la problématique.

Nous nous sommes intéressés à un PANM précis, identifié par les médecins et les patients comme efficace, non dangereux, se basant sur le concept du volontariat, du système de récompense et de reconnaissance des efforts de l'autre. Malgré l'aspect commercial non négligeable du programme, les patients semblent nombreux à y adhérer de leur propre chef.

Le PANM est né aux États-Unis en 1963. En France en 2013, c'est un total de 45000 membres qui participaient chaque semaine à 1900 réunions réparties sur 900 centres *(12).*

Il s'agit d'un programme commercial proposant globalement deux types d'offre. Une offre ONLINE donnant accès au programme via internet, dont le tarif est en moyenne de 17 euros par mois selon la durée choisie. Une offre plus complète permettant de participer à des

réunions de groupe hebdomadaires, dont le tarif est compris entre 35 et 42.50 euros par mois selon la durée choisie. Ces tarifs varient régulièrement en fonction des offres promotionnelles proposées *(13)*.
Cette méthode met l'accent sur l'équilibre alimentaire et la maîtrise des quantités, et encourage l'activité physique ainsi qu'une modification des habitudes de vie.

Notre objectif était de décrire et d'analyser les représentations de patients obèses ou l'ayant été, adhérents de ce PANM, concernant leur parcours, leur vécu et leur prise en charge dans le système de soins conventionnel et le PANM.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs, afin de laisser libre cours aux ressentis et opinions spontanés des adhérents.

1. Critères d'inclusion

La population cible incluait les adultes âgés de 18 ans ou plus, ayant adhéré au PANM depuis au moins trois mois, participant aux réunions du Maine-et-Loire, et ayant donné leur accord pour la réalisation et l'enregistrement de l'entretien. La population était composée de patients obèses (présentant un IMC > ou = 30) au moment de l'étude ou ayant eu un parcours d'obésité.

2. Critères d'exclusion

Étaient exclues les femmes enceintes ou allaitantes ainsi que les personnes pouvant connaître ou être connues du chercheur.

3. Échantillonnage

L'échantillonnage a été réalisé en variation maximale, permettant ainsi la plus grande diversité possible (âge, sexe, catégorie socio-professionnelle, taux de perte de poids…).

4. Modalités de recrutement des adhérents

La première étape a été d'obtenir de la part des responsables de l'organisme commercial, l'autorisation de recruter les adhérents (Cf. annexe 1). Nous avons été clairs sur l'indépendance de notre travail vis-à-vis de cet organisme. Nous avons ensemble déterminé les règles visant à ne pas perturber le déroulement habituel du programme. Nous avons obtenu l'accord de cet organisme afin que les données ou résultats de cette étude ne soient en aucun cas utilisés à des fins commerciales (Cf. annexe 2).

Le PANM proposait diverses réunions dans le Maine-et -Loire. Nous nous sommes présentés à trois lieux de réunions différents et avons explicité l'objectif de notre travail de manière à conserver la plus grande spontanéité possible lors des entretiens. Le recrutement des adhérents entrant dans la population cible s'est fait sur la base du volontariat. Nous avons laissé nos coordonnées aux animatrices afin de pouvoir être recontactés par d'éventuels adhérents absents au moment de notre intervention, ou par ceux qui n'avaient pas osé s'inscrire en premier lieu et qui auraient pu changer d'avis. Nous avons rappelé chaque adhérent intéressé afin d'organiser les rendez-vous.

Rapport-Gratuit.com

5. Conditions de recueil et d'enregistrement

La majeure partie des entretiens a été réalisée au domicile des patients, selon leur convenance. Seuls deux entretiens ont eu lieu dans une salle calme réservée à la Bibliothèque Universitaire Saint Serge. Dans tous les cas, les entretiens se tenaient en dehors du milieu médical. Chaque adhérent a été assuré de l'anonymisation des données et informé des conditions de l'entretien. Un consentement oral a été obtenu de chacun des participants. Deux magnétophones ont été utilisés afin de prévenir d'éventuelles pannes.

6. Moyen de retranscription des entretiens

Les onze entretiens, d'une durée de 25 minutes à 1heure 30 et réalisés entre Mai et Juin 2015, ont été intégralement retranscrits par écrit.

7. Stratégie d'élaboration du guide d'entretien

La grille d'entretien (Cf. annexe 4) a été élaborée à partir des données de la littérature et de nos hypothèses initiales. Elle explorait le parcours, le vécu du surpoids des adhérents, leurs représentations concernant l'obésité. Des questions permettaient aussi de déterminer leurs expériences personnelles et représentations vis-à-vis du système de soins conventionnel. Ils étaient en dernier lieu invités à mentionner un point leur semblant primordial sur la problématique. L'entretien se terminait par une série de questions explorant les données sociodémographiques des adhérents.

La grille d'entretien a été modifiée après réalisation des premiers entretiens avec la directrice de thèse. Le terme «poussé» a remplacé le mot «amené» à la question: *«Qu'est-ce qui vous a amené à aller -vers ce programme-? »* car les adhérents semblaient comprendre la question dans le sens : *«comment avez-vous connu le programme? »* alors que la réponse attendue était celle de la raison qui les avait motivés à adhérer au programme.

Les patients évoquaient spontanément les nombreux régimes réalisés sans toutefois définir comment ils se représentaient ce terme de *«régime».* La question: *«Pour vous, c'est quoi un régime?»* a été rajoutée.

8. Méthode d'analyse des données

Les verbatims obtenus ont été analysés, rassemblés et réorganisés en nœuds pertinents, puis thématisés via le logiciel d'analyse qualitative NVIVO. Nous sommes arrivés à saturation des données au dixième entretien. Un double codage a été réalisé avec la directrice de thèse pour les entretiens numéro 2 et 10.

RÉSULTATS

1. Population de l'étude

Quinze adhérents ont été recrutés au cours des réunions, et deux absents nous ont recontactés par mail. Sur les dix-sept adhérents recrutés au total, deux n'ont finalement pas répondu, et un était indisponible dans la période impartie à la réalisation des entretiens. Les trois derniers entretiens n'ont pas été réalisés du fait de la saturation des données.

Sur les onze adhérents finalement interrogés, on pouvait compter deux hommes dont un en couple avec l'une des adhérentes (Cf. figure 1).

La population de l'étude était âgée de 34 à 68 ans avec une majorité de personnes plus de 45 ans (Cf. figure 1).

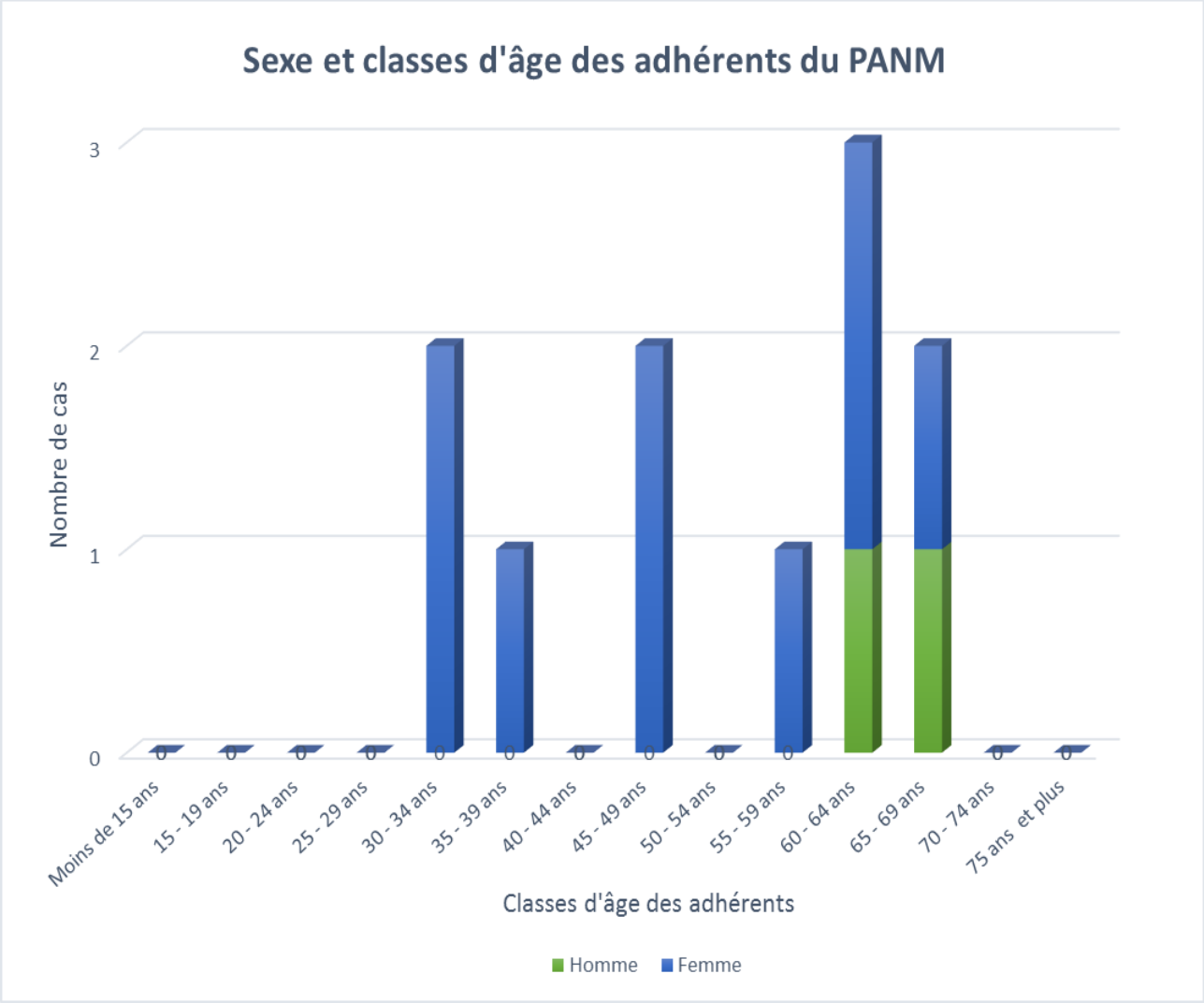


Figure 1 : Sexe et classes d'âge des adhérents du PANM.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Les adhérents appartenaient essentiellement aux catégories socio-professionnelles « Professions intermédiaires » et « Employés ». Trois d'entre eux étaient retraités, et une sans activité.

Les IMC de début de parcours variaient de 30,3 à 52,9 kg/m² (Cf. figure 2), avec une moyenne de 36,2 kg/m². Au moment de l'entretien, ils étaient compris entre 24,4 et 34 kg/m² (Cf. figure 2), avec une moyenne de 28,9 kg/m².

Les adhérents avaient suivi le PANM pour une durée de trois à vingt-huit mois (Cf. figure 2), avec une moyenne de onze mois de parcours. Ils avaient donc perdu en moyenne 0.7 kg/m² d'IMC par mois. La perte de poids était en moyenne de 1,8 kg/mois.

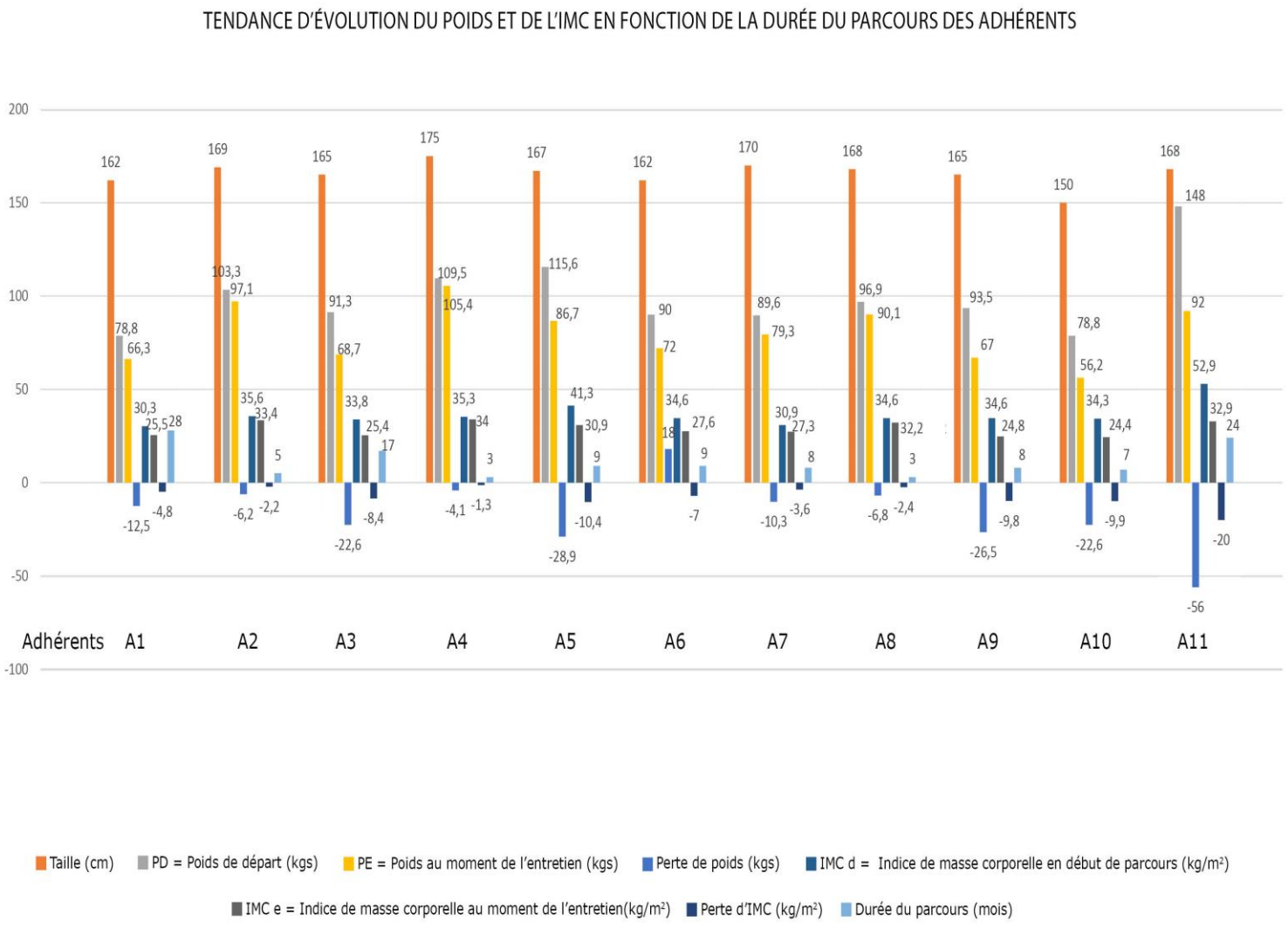


Figure 2 - Tendance d'évolution du poids et de l'IMC en fonction du parcours des adhérents

2. Thématiques

2.1. Le PANM

2.1.1. Les caractéristiques du programme

Le PANM semblait être un programme populaire, connu soit par le bouche à oreilles par l'intermédiaire de proches, soit par des publicités télévisées ou des magazines.

a) Un programme nutritionnel basé sur l'équilibre alimentaire

Ce programme était essentiellement basé sur le respect de règles concernant l'équilibre alimentaire et le contrôle des quantités. Il était réputé *« souple »*, *«le moins drastique des régimes »,* plus facile à mettre en pratique que la plupart des autres méthodes d'amaigrissement *: «Oui c'était important et je savais aussi, enfin d'après les ouï-dire, que c'était pas trop difficile (A11)».*

Cette méthode proposait diverses options adaptables en fonction des préférences (menus préétablis, composition des menus avec comptage de points, méthode sans compter). Malgré toutes ces options, un des adhérents semblait regretter le manque d'individualité du programme alimentaire : *«Chez eux, l'ensemble, le programme, ils ont tendance à trop généraliser : si ça marche pour moi si je veux manger quatre-cent grammes de fruits, et que je perds du poids, c'est que ça marche, et les femmes elles ont tendance à se bloquer à deux-cent parce que faut pas…faut pas dépasser (A5) ».*

Le Programme était fréquemment réactualisé, permettant aux adhérents d'avoir une impression de modernisation et de nouveauté, bien que pour l'adhérent *(A5),* le principe de base semblait rester le même : *« Ben oui ben faut bien renouveler un peu autrement les gens qui sont venus y'a dix ans, si ils retrouvaient le même programme, ils diraient : ben ça a pas bougé quoi! Alors –l'animatrice- quand il y a le nouveau programme elle est contente : un nouveau programme ! Comme si ça allait changer tout quoi… ça change rien !».*

b) Des réunions hebdomadaires indispensables

Des espaces de *«thérapie de groupe»*

La réunion était un lieu « *convivial* » de rencontre avec d'autres qui présentaient les mêmes problèmes que soi. Les adhérents y créaient des liens, échangeaient des astuces et des conseils, s'encourageaient, mais pouvaient aussi se corriger en se basant sur les expériences des autres. Comparer leurs expériences pouvait être à double tranchant. Constater la perte de poids des autres pouvait être motivant, mais aussi vexant et décourageant quand on était seul à ne pas perdre.

La réunion semblait être source de bienfaits, un moment de détente qui permettait de décompresser. Elle semblait avoir un effet rassurant, et permettait de diminuer le poids de la solitude ressentie par certaines personnes obèses : *«Le fait que ce soit un groupe, le fait qu'on soit pas tout seul avec une personne, et le fait d'avoir autour de moi des gens qui pouvaient partager et comprendre le problème de la même manière, même si on a tous des poids différents à perdre mais euh...mais je pense que c'était ça au départ, c'était l'aide toutes les semaines (A11) ».*

Si cet effet de groupe semblait d'un grand soutien dans la plupart des cas, certains paraissaient regretter l'absence de prise en charge individualisée.

Une animation appréciée

C'était au cours des réunions que les adhérents pouvaient recevoir les conseils des animatrices, ce qui leur permettait de repartir *«boostés»* pour une nouvelle semaine. De nouveaux thèmes étaient abordés chaque semaine. La réunion était souvent animée avec beaucoup d'humour de manière à créer une *«ambiance sympathique»*. Les animatrices, vues comme agréables et empathiques, appelaient chaque adhérent par son prénom, ce qui créait une sensation de proximité, et leur donnait l'impression qu'elles s'intéressaient personnellement à chacun d'entre eux.

Un temps de pesée vu comme un moment clé

L'intérêt de la pesée hebdomadaire était surtout de fournir un cadre aux adhérents et d'entretenir leur motivation *: «Mais c'est vrai que quand on a envie de piocher dans quelque chose, on dit : oh la ben oui mais je me pèse jeudi ! Ah ben non non ! Et ça tient ça quand même (A10)»*. Grâce à la pesée, les adhérents avaient l'impression d'avoir un véritable suivi.

Elle était parfois vécue de manière humoristique *: « Et du coup on avait tous rigolé sur comment ça se passait et tout, notamment pour se peser, tout ça, alors enfin mon frère et mon beau-frère rigolaient sur le principe : ben oui faut se mettre en petite tenue pour se peser et tout (A2)»*.

Pour certains, il s'agissait d'un moment de réconciliation avec la balance.

La réunion parfois vécue comme une contrainte

Ces réunions pouvaient être vécues comme une contrainte puisqu'elles nécessitaient une certaine disponibilité et une réorganisation des activités habituelles, d'autant que pour certains adhérents, les lieux de réunions pouvaient être éloignés.

Si la contrainte s'avérait acceptable tant que les adhérents n'avaient pas atteint leur objectif, puisqu'ils en voyaient l'utilité, une fois celui-ci atteint, cette contrainte devenait prépondérante par rapport au bénéfice. Cela pouvait conduire à un arrêt de la fréquentation des réunions.

c) Des « aides minceur » rassurantes

Les animatrices remettaient chaque semaine aux adhérents des brochures délivrant des conseils et astuces minceur. La possibilité d'acheter des livres de recettes, des accessoires minceur et des aliments allégés, semblait rassurer certaines personnes.

d) L'incitation à l'activité physique

Quelques adhérents semblaient se considérer comme *«sportifs»* avant le début du programme alors que d'autres ne pratiquaient aucune activité physique. Dans tous les cas, l'incitation régulière des animatrices à faire du sport avait été à l'origine d'une augmentation de la fréquence de cette activité. La sélection du type d'activité paraissait primordiale pour son initiation et sa poursuite. Elle était choisie certes en fonction de l'état de santé de l'adhérent, mais surtout selon ses goûts et le vécu du surpoids. Certains adhérents partaient *« de zéro »* mais pratiquaient à leur rythme l'activité physique sélectionnée, qui devenait progressivement source de *«bien-être»,* et leur procurait une *«sensation de liberté».* Au fur et à mesure de la pratique régulière de l'activité, cette dernière devenait un *«réflexe»*, voire un *«besoin».*

e) Une méthode efficace

Le programme était considéré comme *«efficace»,* en grande partie parce qu'il était centré sur l'entretien de la motivation. Les réunions semblaient jouer un rôle central puisqu'elles fournissaient un cadre aux adhérents, permettant ainsi une meilleure maîtrise des comportements, même après la fin de leur parcours. Les divers témoignages, dans les réunions ou sur internet, maintenaient la motivation en donnant des repères visuels et pratiques sur l'efficacité et la tolérance du programme.

Des stratégies pouvaient être mises en place par les adhérents pour renforcer cette motivation (Faire le programme à plusieurs, déterminer un objectif précis à long terme découpé en petits objectifs à court-terme). Le maintien de la motivation ne semblait pas être lié à une attitude passive dépendant uniquement d'éléments extérieurs. Les adhérents devaient agir pour garder cette motivation présente : *«je le fais tranquillement en m'assurant d'avoir la même motivation qu'au départ...Ça j'y veille hein » ! (A 11)*
Le rôle de la motivation financière n'était pas négligeable. Atteindre un poids cible compris dans le barème santé du programme et parvenir à le maintenir, était le moyen de devenir adhérent or et d'accéder gratuitement au programme à vie.

Malgré tous ces efforts, il arrivait que certains adhérents ne puissent maintenir leur motivation sur le long terme, une certaine lassitude pouvant s'installer, en particulier en fin de programme. Il leur était alors possible de passer, même temporairement, en phase de stabilisation (normalement prévue en fin de parcours une fois l'objectif atteint).

Ce programme *«intelligent et sécurisant»* semblait correspondre aux attentes de beaucoup d'adhérents. Certains le définissaient comme *« la solution »* à leurs problèmes de poids, voire comme une délivrance.

f) Du régime au rééquilibrage alimentaire

Le régime : une expérience marquante

Dans le discours de beaucoup d'adhérents, le terme *«régime»* était synonyme de restriction alimentaire du fait de la présence d'interdits et de la suppression de certains types d'aliments dans la plupart des méthodes d'amaigrissement. Ils pouvaient décrire ce manque d'équilibre, de liberté et de variété dans le choix des aliments, comme une frustration qui aboutissait à un sentiment de lassitude. La reprise de poids qui en résultait, souvent plus importante, était constamment évoquée : *«ben j'ai essayé plein de choses et puis euh…enfin vous perdez toujours, par contre vous reprenez aussi (A4)».* Les contraintes imposées par certains régimes étaient telles qu'ils étaient considérés comme *«trop radicaux»*, parfois même comme *«dangereux»* : *«Ben parce qu'on manque de beaucoup de choses, c'est bien l'ananas, c'est bien les framboises, c'est bien...je me souviens plus y'avait autre chose forcément, mais il manquait l'équilibre, tout juste si j'avais pas des malaises (A10)».* Un autre point commun aux régimes était l'absence de compatibilité avec une vie familiale et sociale normale. La réalisation de menus différents pour les membres de la famille, l'impossibilité de profiter d'une sortie au restaurant, sont autant d'éléments qui pouvaient engendrer une véritable rupture sociale *: « je trouve que l'écart est trop grand, ça demande un effort et puis une prise sur soi très importante et ça vous met à l'écart par rapport au reste des gens quoi (A4)».* Ces méthodes, le plus souvent vécues comme une *«torture»*, une *«punition»*, n'étaient pas maintenues sur le long terme.

Du régime au rééquilibrage alimentaire

Pour la plupart des adhérents, le PANM n'était pas considéré comme un régime dans la mesure où ils n'y voyaient pas de restrictions alimentaires. Les règles de ce *«programme de santé»* visaient à rééduquer leur alimentation, tout en leur laissant une liberté dans les choix des aliments *: «Non, c'est plus un apprentissage sur la façon de manger, parce qu'on peut manger de tout, c'est à nous après de savoir doser, et c'est les quantités et puis l'équilibre (A8)».* Le fait d'avoir *«droit à tout»* entraînait une obligation de modification comportementale s'ils voulaient obtenir une perte de poids. Ces restrictions comportementales semblaient être vécues comme une frustration nécessaire, donc supportable. Elle paraissait d'autant plus tolérable que les adhérents s'en imputaient la responsabilité : c'étaient eux qui avaient eu initialement le *«mauvais comportement»*. Il s'agissait donc d'un compromis acceptable. La possibilité de se faire plaisir tout en se contrôlant atténuait le sentiment de *«punition»,*

d'autant que ce programme semblait, contrairement aux régimes, adapté à une vie sociale et familiale normale.

Pour d'autres adhérents, et ce malgré des assiettes plus variées et parfois plus remplies avec le programme, la méthode était vécue comme un régime car ils devaient abandonner leurs anciennes habitudes (suppression du grignotage par exemple). La mise en pratique du PANM pouvait représenter un effort pour certains *: «Et puis mettre en pratique ce qu'on fait – aux réunions- et puis le mettre en pratique par rapport à votre vie de tous les jours , parce qu'il y a des jours où vous y arrivez bien et puis des jours où la vitesse de vie dans laquelle on est, il est sept heures et puis vous avez rien dans le frigo et puis vous avez pas eu le temps de faire les courses et puis faut manger ça et ça et ça pour être équilibré, on fait oh là»! (A4)*

L'adhérente *(A11)* évoquait l'évolution de ses représentations du programme au fil du temps. Dans les six premiers mois, elle l'avait effectivement considéré comme un régime. Petit à petit, il était devenu pour elle un *«rééquilibrage alimentaire»*. Cette évolution s'expliquait par l'apparition progressive d'une tolérance à la restriction comportementale et d'une acceptation de l'abandon des bénéfices antérieurs : *«Alors maintenant, au bout de deux ans, je veux bien l'admettre que c'est vrai que c'est peut-être pas un régime, mais au début c'était bien un régime hein! Oui, oui oui oui, dans les quantités et quand même dans les choix d'aliments, parce que je mangeais...je mangeais n'importe quoi, en grande quantité et n'importe quand. C'était ça la base! On va dire que je suis partie de là et je bougeais pas! On est partis de là! Donc forcément les six premiers mois, les bonbons les gâteaux que je mangeais comme ça n'importe quand, il a quand même bien fallu les restreindre, pas les enlever, et c'est ça qui est bien (A11) ».*

g) Controverse autour de l'absence du milieu médical

Le programme n'étant pas médicalisé, il pouvait être perçu par les adhérents comme un avantage ou un inconvénient. Dans un sens, cet aspect du PANM permettait de s'extraire du milieu médical, vu comme impersonnel, et d'aller vers un environnement plus *«convivial»,* ce qui semblait être pour l'une des adhérentes *(A 11)* un *«gage de réussite»*. Elle faisait un parallèle entre la prise en charge mensuelle individuelle par une diététicienne du CHU, et les réunions hebdomadaires du PANM, plus *«familiales»*. L'absence du milieu médical semblait rendre le parcours plus accessible, *«moins difficile».*
D'un autre côté, le manque de *«l'œil médical»* pouvait se faire sentir au sein de cette prise en charge de groupe où l'individualité ne semblait pas avoir sa place, et où les maladies liées au surpoids ne pouvaient pas être prises en charge.

2.1.2 Le PANM : un programme commercial

a) Un aspect onéreux acceptable

L'aspect payant du PANM n'était pas tabou pour les adhérents qui pour la plupart abordaient spontanément la question. Le coût du PANM était considéré comme *«conséquent, non négligeable»*. Cet aspect onéreux semblait justifié et acceptable pour plusieurs raisons.

Les adhérents savaient dès le départ qu'ils intégraient un programme commercial. Il leur paraissait donc normal de payer pour le service rendu : *«c'est une entreprise commerciale, je comprends, et bon, ça marche comme ça (A5)».* De plus, l'origine américaine du PANM semblait légitimer son caractère lucratif *: «Ça doit être américain au départ, donc les américains faut faire du business hein, ils sont là pour çà hein (A5) ».* Le coût du PANM était perçu comme moins élevé que celui d'autres méthodes d'amaigrissement. Il était donc vu comme un programme *« honnête »,* d'autant que le service rendu semblait à la hauteur de leurs attentes : *«Je trouve que c'est bien, c'est bien fait, moi je pense qu'ils le méritent largement (A2)».*

Selon les adhérents, plusieurs types de forfaits (mensuel ou à la séance, avec ou sans accès aux réunions ou à internet) permettaient d'adapter le programme en fonction du budget. Payer au mois revenait moins cher au total, soit 42.50 euros par mois, avec un accès illimité aux réunions (fréquence habituelle d'une réunion par semaine) et aux outils internet. Payer à la séance était théoriquement plus cher, 13.50 euros la séance, soit 54 euros par mois. Mais l'adhérente *(A2)* avait choisi de régler à la séance, et de ne venir que tous les 15 jours. Procéder ainsi lui revenait à 27 euros par mois, tarif qu'elle considérait comme *« non excessif »,* et équivalent à celui d'une consultation avec la diététicienne. Enfin, le paiement du PANM pouvait être une forme de sacrifice mûrement réfléchi, justifié par le fait que le budget soit alloué à quelque chose d'important pour l'adhérent : *« s'occuper de soi ».*

b) Des techniques marketings à la réussite du parcours

Certains adhérents semblaient avoir noté l'utilisation de techniques marketings par les animatrices. Ils ressentaient une incitation à la consommation d'accessoires ou de produits minceur : *«Alors c'est quand même une entreprise commerciale, donc euh, ils sont quand même là pour vendre, alors ils parlent beaucoup de bouffe, ils parlent beaucoup d'accessoires, beaucoup de ceci à vendre, les gamelles et tout ça (rires) (A5)»*. L'animatrice semblait porter une double casquette. Elle était vue à la fois comme un bon coach qui savait entretenir la motivation, mais aussi comme une *« excellente représentante de commerce ».*

Cette lucidité concernant l'aspect commercial du PANM pouvait en partie expliquer que le côté marketing ne soit pas ressenti comme gênant par certains adhérents. Puisqu'ils arrivaient selon eux à faire la part des choses, ils n'achetaient pas les produits proposés en plus de l'abonnement : *«Non ça me gêne pas, j'achète rien (A5)»*.

D'autres adhérents semblaient satisfaits d'avoir accès à ces accessoires qui pouvaient leur devenir indispensables. Il pouvait même leur arriver d'en faire l'éloge auprès de non adhérents et de ressentir le besoin d'alimenter la renommée du programme.

Au-delà de l'aspect lucratif, le règlement des séances paraissait contribuer à la réussite du parcours. Pour certains, cela permettait de matérialiser l'effort fourni, de se responsabiliser. Ils prenaient ainsi conscience de la nécessité d'être acteurs de leur amaigrissement. Cette idée était renforcée par le fait de payer de manière concrète à la fin de chaque séance plutôt que par prélèvement automatique mensuel.

Pour d'autres, régler sa séance était une façon d'assumer ses fautes, de payer pour ses erreurs : *«Se dire bon ben financièrement, si tu avais fait autrement, peut-être que tu serais pas obligée de régler ta séance hein »! (A11).*

Payer permettait d'entretenir la motivation puisque l'accès au PANM devenait gratuit une fois le poids cible atteint : *«parce qu'on a quand même envie de perdre, malgré tout c'est pas gratuit aussi, donc on voudrait déjà arrêter d'avoir à payer, et en plus pas être dans le programme comme ça en permanence (A10)».*

Avant son inscription au PANM, l'adhérent *(A5)* considérait le programme comme une sorte « d'arnaque », mais son discours avait changé une fois constatés les résultats : *«Moi je disais toujours le programme c'est bien on perd…on perd surtout 500 ou 600 euros quoi…c'était mon discours...Mon discours a changé».*

2.1.3. Les hommes dans le programme

a) Une population minoritaire

La population masculine était minoritaire dans le programme (Cf. figure 1) : *«Dans la réunion, y'a en général une quarantaine de femmes…et je suis le seul homme (A5)»*.

b) Des débuts méfiants

Lors des premières réunions, les hommes semblaient mal à l'aise au sein de cette population à prédominance féminine, mais avaient fini par s'adapter à cet environnement. Au début, l'adhérent *(A5)* semblait peu confiant, non motivé, car il doutait de l'efficacité de la méthode. Il avait tout de même fini par trouver sa place et s'était installé progressivement dans le programme, au fur et à mesure de sa perte de poids.

c) Un parcours de sportif

Les hommes comparaient leurs parcours d'amaigrissement à un parcours sportif. Leur motivation étaient entretenue par leur *«mental de champion»*, et leur réussite liée à leur personnalité de *«compétiteur »* : *« Alors moi je voulais vous parler du mental…parce qu'on en parle pas. Le mental, c'est-à-dire… quelqu'un qui fait les jeux olympiques, il a un mental pour les jeux olympiques dans quatre ans, et il est programmé pour ça, et moi j'ai un mental aussi,*

Rapport-Gratuit.com

qui a rien à voir avec la volonté, parce que les femmes parlent de volonté, de volonté devant une tablette de chocolat, moi mon mental il est programmé pour un an, pour perdre mon poids, et j'ai pas…je suis toujours dedans quoi, j'ai LE MENTAL!» (A5). Etre le seul homme des réunions avait fini par plaire à l'adhérent *(A5)* dans la mesure où il ne ressentait pas de compétition entre les femmes et lui. Elles le soutenaient et semblaient admiratives de son parcours. Avoir le même type de relation avec des hommes lui semblait inenvisageable car pour lui, il existait systématiquement une forme de compétitivité entre les hommes. La réussite de son parcours était donc basée sur deux notions ambivalentes : sa force de caractère bien masculine et le besoin de soutien et d'admiration féminine.

d) Des comportements sexués

Pour l'adhérent *(A5),* les comportements tels que le grignotage, de même que certains traits de personnalité comme le manque de volonté ou de motivation, étaient des caractéristiques typiquement féminines qui pouvaient expliquer des résultats moins rapides et moins importants que ceux des hommes.

e) Une position maternante de l'épouse

Il nous a semblé voir s'esquisser une position maternante de l'épouse qui avait un rôle important dans le parcours des hommes. L'adhérent *(A9)* évoquait la possibilité d'une éventuelle responsabilité de sa femme dans sa prise de poids: *« Ah ben j'en sais rien, ma femme fait de la cuisine de trop ou je sais pas moi (A9)».*

L'épouse était souvent l'initiatrice de l'adhésion au PANM et était un moteur, un soutien lors des réunions. C'était d'ailleurs elle qui préparait les menus du programme.

L'épouse de l'adhérent *(A5)* paraissait être à l'origine du choix de son médecin traitant : *«Et je voulais, c'est pareil je voulais pas une femme, je voulais un homme, et puis ma femme, c'est pareil, c'est ma femme, elle me dit ben, parce que c'est deux femmes dans le cabinet médical, elle en a une, elle me dit : tu devrais essayer de prendre l'autre, et en fin de compte, j'ai pris, je suis très content».* Il ne considérait ni le médecin, ni la diététicienne, ni les animatrices du programme comme étant le meilleur interlocuteur pour sa perte de poids. C'était son épouse qui l'était.

2.2 Les représentations de l'obésité

2.2.1 Définition de l'obésité : tout sauf l'IMC

Les représentations du surpoids étaient variées mais ne tenaient pas compte de l'IMC qui semblait être une notion médicale assez confuse, du moins quand elle était évoquée : *«Alors ça va vous faire rire parce que moi je suis pas du tout dans le milieu, mais pour moi ben c'est 20 ou 25 kg de surpoids par rapport à ce qu'on devrait peser, pour moi c'est une obésité je pense sévère, enfin je sais pas médicalement...Ouais je pense que...et 30 au dessus...sévère*

quoi (A11)». Ce terme d'IMC pouvait susciter une inquiétude chez les adhérents qui avaient clairement établi un lien entre valeur élevée d'IMC et survenue de problèmes de santé. Ils se représentaient cette notion comme importante sans toutefois pouvoir la définir précisément : *«Ben ce qui m'inquiète c'est l'IMC quand ils disent aux infos aux trucs de santé tout ça, que dépasser c'est dangereux quoi, c'est ça qui m'inquiète quoi (A7)».*

a) L'obésité : un excès de poids

Les adhérents définissaient l'obésité comme étant un excès de poids. Cette *«matière en plus»* qu'ils devaient *«traîner»* tel un fardeau, était bien présente et remarquable, parfois même trop visible, mais ne semblait pas faire réellement partie intégrante d'eux. Ils semblaient se représenter leur obésité comme une entité extérieure qu'ils étaient contraints de porter : *« ben moi je m'imagine avec 22, puisque là ça fait 22 et quelques –kilos perdus-, 22 kg de farine en permanence à porter sur le dos, oh je me dis que ou la la (A10) ! »*

b) L'obésité : une gêne quotidienne

L'obésité était assimilée à une gêne permanente dans la vie quotidienne. Elle était ressentie comme un mal-être psychologique obsessionnel : *«le p'tit truc noir qui vous rappelle à l'ordre (A9)».* Elle entraînait une fatigue physique et psychologique, un manque de dynamisme parfois associé à des troubles de l'humeur *(irritabilité, colère (A2))*. L'excès de volume résultant du surpoids entraînait une diminution des mobilités, un manque de souplesse, ainsi qu'une limitation des gestes de la vie quotidienne : *«Alors moi je dirais, finalement, qu'est-ce qui est le plus gênant...je dirais ouais la mobilité quand même...physique, je dirais, monter les escaliers, se déplacer (A11)».* Les adhérents avaient parfois la sensation d'occuper trop d'espace, de ne plus pouvoir *«se faufiler»*. En dehors des difficultés rencontrées dans la pratique d'une activité physique, il semblait exister une gêne esthétique : «*Ne pas pouvoir m'habiller comme je voulais….voilà…c'était ça (A6)».*

Les conséquences sur la santé étaient souvent mentionnées par les adhérents *(*douleurs articulaires multiples, entorses à répétition, essoufflement, SAS, insuffisance veineuse, troubles du cycle, « kystes gynécologiques», maladies cardio-vasculaires, HTA, diabète, cholestérol).

L'obésité pouvait être responsable de difficultés dans la vie de couple, en partie liée à une vie sexuelle altérée du fait de complexes physiques.

c) Etre obèse c'est être « hors-normes »

Pour certains adhérents, être en surpoids c'était être en dehors des normes par rapport au regard des autres mais aussi par rapport à la façon dont ils percevaient leur propre image :

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

« Ah la la, je me suis dit mais c'est pas possible faudrait quand même que je redevienne NORMALE, parce que pour moi j'étais pas normale (A10) ».

Une image de soi dévalorisée

La perception de leur propre image à travers le miroir semblait *«épouvantable»* pour beaucoup d'adhérents, au point qu'ils avaient du mal à s'accepter. L'image renvoyée par le miroir semblait être une image de rondeur, «*sans allure*» : *«pour 1m50 j'étais une boule (A10) ».* Plus le corps était dénudé, plus il semblait perçu comme *«moche»* alors qu'il arrivait qu'il soit toléré habillé.

Nous avons pu noter la déception, l'incompréhension et le sentiment de culpabilité de l'adhérente *(A3)* face à cette image qu'elle ne parvenait pas à reconnaître comme étant la sienne *: «Hum hum hum…bah euh…(soupir) bah, mon image quoi si vous voulez, c'était euh…pour moi c'était pas moi hein, c'est…je comprenais pas, moi qui était quand même assez volontaire d'avoir perdu une année plus de dix quinze kilos, et là je me comprenais plus, si vous voulez, au niveau de la volonté…je me disais comment ça se fait que tu t'es laissée comme ça euh…aller (A3)».*

Cette image était source d'une telle souffrance qu'ils mettaient en place, consciemment ou pas, des stratégies d'évitement des autres, mais aussi de leur propre image *: «Ah ben non non, j'ai dû découper des photos où j'étais en pied, je coupais le corps hein pour l'enlever (A10)».* Ils semblaient *«honteux»* de soumettre le regard des autres à la vue de ce corps *: « Ah oui mais c'est la mienne- l'image- que me renvoie la glace et puis comme moi j'aime pas, je me dis ben je vois pas pourquoi je montrerais ça».* Le terme *«ça»* employé par l'adhérente *(A8)* pour caractériser son corps mettait en évidence cette notion d'autodépréciation fréquemment notée chez ces personnes obèses, et souvent majorée par la comparaison de leur corps à celui des autres.

Un regard des autres souvent péjoratif

Beaucoup d'adhérents se disaient indifférents au regard des autres, même si celui des proches était vu comme primordial. Le regard des autres sur les personnes obèses semblait parfois perçu comme dévalorisant. Elles pouvaient être vues comme des personnes négligées qui se *«laissent aller ».*

Certains adhérents semblaient n'être perçus qu'à travers leur image d'obèses, ce qui pouvait entraîner une rupture sociale, ces personnes choisissant de s'isoler : *«Et alors quand j'étais invité, j'étais la poubelle, quand j'étais invité, quand on m'invitait à manger : il vient, va falloir faire plus ! Et quand il restait dans l'assiette, on mettait ça dans mon assiette, quand il en restait dans le plat...mais c'est souvent comme ça, quand on est gros, même si y'a des gros qui mangent pas beaucoup, quand on est gros, je veux dire : si il est gros c'est qu'il a bon appétit !(A9) ».*

Il pouvait arriver que ce regard soit ressenti comme moqueur et/ou vexant : *«mon employeur, qui est assez moqueur, il me dit : ah vous avez maigri vous?! Comme ça! Et alors là j'ai dit :*

ou la la! Euh…j'avais pas maigri ni grossi…..euh... Ouais ça m'a marqué, ça m'a marqué parce que je me suis dit : est-ce qu'il se fout de moi ou quoi ? Et euh…ben c'est vrai que j'avais pris du poids, c'était vrai, mais enfin bon, y'avait une façon de…de...le dire (A3)».

Pour certains adhérents, être en surpoids rendait trop remarquable, trop visible.

Le regard des autres pouvait être perturbant, les adhérentes se sentant obligées à la fois de se camoufler, de se cacher de ce regard, tout en portant des habits qui préservaient leur féminité. Etre gros, c'était *«paraître gros».* Dans les représentations de certains adhérents, il était possible de faire le même poids, et en fonction de la morphologie (taille, répartition de la graisse), de paraître gros ou pas.

Un regard des proches quelquefois blessant

Le regard porté par le conjoint de certains adhérents pouvait aussi être ressenti comme dévalorisant *: « C'était ma femme qui le vivait mal, parce qu'elle me disait : t'as vu à quoi tu ressembles et tout? Tu devrais faire quelque chose, elle m'a dit ça pendant dix ans hein !(A10)».* Le regard des enfants paraissait cru, spontané, parfois même blessant : *« ben ma fille qui a six ans et qui me dit : ben pourquoi toi t'es grosse et les autres mamans elles sont pas grosses? …euh…..voilà (A4)».*

Un regard des autres et des proches parfois bienveillant

Il arrivait que le regard des proches soit bienveillant. Les personnes obèses pouvait être vues comme belles avec leur surpoids : *«Ben oui c'est vrai que j'étais trop grosse hein…c'est vrai que j'étais trop grosse, ça c'est sûr, donc euh…mais après voilà mon mari me disait : mais non t'es bien, mes filles aussi : te prends pas la tête, t'es belle (A7) »*. Mais certaines personnes ne semblaient se représenter les personnes obèses comme belles que « malgré » ce surpoids, à condition qu'elles parviennent à le masquer *: « ok t'es peut-être ronde t'es forte, mais tu le portes bien, tu le caches bien avec tes vêtements (A8)».*

Un décalage entre le regard des autres et l'image de soi

Il était intéressant de noter le décalage entre le regard de l'autre et la vision propre de soi. Certains patients obèses semblant constamment dans l'autodépréciation, il leur paraissait impossible d'imaginer que quelqu'un d'autre puisse avoir une image positive d'eux. Les différents commentaires ou réflexions qu'ils recevaient, même quand il s'agissait de compliments apparents, allaient automatiquement déclencher des questionnements, des doutes.

Un regard exigeant de la société sur l'image de la femme

Selon certaines adhérentes, le regard porté par la société sur l'image de la femme était plus dur que celui porté sur les hommes. La société paraissait plus exigeante envers les femmes, le surpoids étant mieux toléré chez les hommes : « *Y'a une image aussi peut-être de la femme qui fait qu'il faut toujours être super bien, donc euh, pas se laisser aller etc… qu'on ne retrouve*

pas côté masculin (A1)». Dans le milieu professionnel en particulier, l'adhérente *(A1)* semblait penser que l'image renvoyée par la femme influait sur la crédibilité que l'on pouvait accorder à ses compétences, contrairement aux hommes *: «je me disais c'est pas possible, finalement les compétences de chacun doivent être… doivent être nettement plus importantes que le regard (A1)».*

d) « Être obèse c'est manger »

Une relation de dépendance à la nourriture

Les adhérents définissaient leur obésité à travers leur rapport à la nourriture qui était vécu comme une relation de dépendance.

La substance addictive semblait être l'aliment, en particulier l'aliment riche en sucre dont la consommation était devenue un fait coutumier. Il paraissait difficile de *«se déshabituer»* des aliments sucrés sans aide extérieure : *«c'est dommage qu'il n'y ait pas une formation pour les gens qui sont diabétiques pour savoir comment, quelque part…. se déshabituer finalement du sucre, parce que euh… je pense qu'il faut se déshabituer du sucre. Donc j'essaye de le faire mais bon, me déshabituer du sucre…mais euh non (A1)».*

De nombreuses comparaisons étaient faites entre la nourriture et des substances communément reconnues comme addictogènes (alcool, tabac, drogues) : *«en fait y'a eu des choses qui se sont passées dans la famille, mon père a eu des problèmes d'alcool… et en fait à ce moment-là lui était dans l'alcool moi j'étais dans la nourriture ».*

Malgré ces comparaisons, on notait des nuances entre la dépendance à l'alcool et celle à la nourriture. Pour certains adhérents, il était plus difficile de gérer une addiction à la nourriture du fait de la disponibilité de la substance et de l'obligation de manger pour vivre, la tentation était donc plus grande qu'avec l'alcool. Pour d'autres, la dépendance à la nourriture était préférable à l'alcoolisme qui était moins bien accepté socialement. De même, l'alimentation offrait l'alternative du choix d'aliments sains pouvant être une aide au contrôle de l'addiction.

La notion de perte de contrôle semblait omniprésente, le terme *«engrenage»* étant souvent employé pour caractériser la consommation d'aliments riches, tels un enchaînement de comportements que les adhérents ne pouvaient pas stopper d'eux-mêmes.

Manger était une sorte de mécanisme compensatoire, un moyen d'accéder au plaisir immédiat tout en réduisant des tensions internes lors de situations anxiogènes : *« Quand je suis énervée, quand je suis fatiguée quand il y quelque chose qui me tracasse, j'éprouve un soulagement à grignoter un truc sucré, euh voilà et puis ça repart après quoi (A4)».*

L'allusion à une *«petite voix»* indésirable était comme une idée obsédante à laquelle la personne devait obéir afin qu'elle disparaisse : *«Quand je travaillais, y'avait un feu rouge au bout de la rue autrefois, arrêtée au feu rouge je me disais : voyons qu'est-ce que je vais bien*

pouvoir manger en rentrant ? Je ne pense qu'à ça en fait! Ah c'est une obsession hein, je ne pensais qu'à ça! (A10)». Le caractère obsessionnel de cette relation à la nourriture était aussi mis en évidence par le fait que *«tout passait par elle»,* les bons comme les mauvais moments. Manger était devenu un réflexe : *«c'est toujours le mauvais diable qui l'emportait avec : mange ça te fait du bien ! Voilà donc, moi tout passe par la nourriture, donc quand ça va bien, eh ben je mange...je mangeais, quand ça va pas je mangeais, voilà quoi (A10)».*

Cette relation à la nourriture était considérée par certains adhérents comme malsaine, incorrecte, anormale et *«honteuse».* Ils ressentaient donc la nécessité de se cacher : *«Oh ben parce que j'achetais ça -5/6 gâteaux par jour- j'étais chez mes parents, j'achetais ça avec mon argent de poche, et euh...et puis je voulais pas que ça se sache hein, c'est....c'est toujours honteux de manger comme ça (A10)».* Dans cet exemple, l'adhérente *(A10)* ne semblait pas pouvoir interrompre ce comportement car manger était une forme de refuge, le moment qui pouvait lui apporter du plaisir *: «Le soir c'était ah! Mon p'tit moment à moi où je mangeais (A10)».*

La culpabilité ressentie après un *«craquage»* était liée à l'incapacité pour l'adhérent de maîtriser son comportement alimentaire alors même qu'il avait pleine conscience des conséquences néfastes de son attitude. La sérénité ne pouvait venir que de la maîtrise permanente de ce comportement par l'intermédiaire de stratégies mises en place, et d'une lutte acharnée de la personne « dépendante » : *« Oui mais je dis dans la vie faut savoir ce qu'on veut, comme je veux pas retourner comme avant ... Ben je lutte (A10)».*

Même après des parcours impressionnants ayant nécessité une grande force de caractère, la peur de *«replonger»* semblait constante, en particulier quand les adhérents avaient perdu beaucoup de poids.

L'aliment : une source de plaisir

Au-delà de la notion de dépendance, se nourrir pouvait être simplement synonyme de plaisir et de convivialité.

e) L'obésité : un legs

La notion de *«transmission»* paraissait fréquemment évoquée dans le discours des adhérents, l'obésité, de même que les habitudes alimentaires, étant vues comme une sorte d'héritage génétique.

f) L'obésité : un handicap à vie

L'obésité était considérée comme un handicap chronique qu'il fallait « *rééduquer* », mais qui serait présent à vie, même après l'amaigrissement : *«je sais que c'est à vie ça, quand on a été gros, c'est à vie».*

2.2.2. Des causes multiples du surpoids

Pour les adhérents, la prise de poids était liée à l'association d'une mauvaise alimentation (déséquilibrée et/ou en trop grande quantité) et d'une sédentarité. Les causes de ce mode de vie étaient multifactorielles.

- Facteurs physiologiques : âge, grossesse, ménopause.
- Evènements ayant entraîné un choc psychologique : licenciement professionnel, rupture sentimentale, deuil, divorce, fausse-couche.
- Changement de mode ou de rythme de vie : sevrage tabagique, passage à la vie étudiante, études ou professions sédentaires, vie de couple.
- Erreurs alimentaires par méconnaissance des bases nutritionnelles.
- Problèmes de santé : interventions chirurgicales par exemple, Troubles de la relation à la nourriture.
- Traits de personnalité : gourmandise, grand appétit, anxiété.
- Facteurs génétiques.

2.2.3 Des représentations variables de l'obésité

Les représentations du surpoids semblaient varier en fonction de l'âge, de l'histoire et de la culture. L'adhérente *(A2)* expliquait avoir eu une représentation différente de l'obésité à l'adolescence. A cette époque, son surpoids correspondait à une non-conformité aux codes minceur imposés par la société, c'était l'aspect esthétique qui entrait en ligne de compte. A l'âge adulte, son surpoids était devenu synonyme de mauvaise santé. C'étaient les complications de l'obésité qui étaient prépondérantes sur la santé.

L'adhérente *(A2)* comparait sa représentation du surpoids à celle de ses grands-parents qui avaient vécu des périodes de guerre, sources de pénurie alimentaire. En période d'après-guerre, manger était considéré comme un signe de richesse, et le surpoids était signe de bonne santé. Pour l'adhérente qui n'avait pas connu de guerre, l'obésité était par contre synonyme de mauvaise santé. Elle semblait mettre en relation les habitudes alimentaires et la culture. Dans sa famille, d'origine polonaise, tout le monde paraissait avoir tendance à *« manger vite »,* tandis que son mari, d'origine française *« prenait le temps de manger ».* Elle établissait d'ailleurs un lien de cause à effet entre manger vite et prendre du poids.

Pour la plupart des adhérents, plus on était âgé, plus on avait tendance à prendre du poids.

2.3. L'expérience de l'obésité

2.3.1. Le vécu du surpoids : une souffrance au quotidien

Le vécu du surpoids semblait difficile pour la majorité des adhérents du fait de la souffrance engendrée par ses conséquences sur la vie quotidienne (déjà développées ci-dessus – Cf. 2.2.1.b), et le regard des autres. Le surpoids paraissait généralement vécu avec culpabilité, et les régimes comme une forme de maltraitance que les adhérents s'infligeaient telle une punition à leur «*mauvais*» comportement.

Le surpoids semblait mieux vécu quand il était installé depuis l'enfance car il était considéré comme une seconde nature. Il faisait partie des adhérents depuis tellement longtemps qu'ils semblaient s'y être habitué *: «voilà moi je suis d'une famille qui est pas mal en surpoids, et depuis toute petite moi aussi j'avais mon surpoids, donc euh voilà j'étais pas gênée plus que ça...voilà j'ai toujours été costaud bon ben voilà, enfin je me rendais pas forcément compte»(A6).*

Le type de profession exercé semblait jouer un rôle sur le vécu du surpoids et la motivation à perdre du poids. Une profession exposée au regard des autres et nécessitant des déplacements réguliers était plutôt à l'origine d'un mauvais vécu. Un métier où l'adhérent était assis toute la journée à l'abri du regard des autres semblait poser moins de difficultés : *«Et puis moi j'étais dans mon atelier, je bougeais pas sur 1 m² quoi... mais dans mon travail ça m'a pas gêné quoi (A5)».*

La sévérité de l'obésité ne semblait pas induire une moins bonne tolérance du surpoids. L'adhérente *(A11)* qui avait l'IMC le plus élevé (52,9 kg/m²) était celle qui paraissait avoir la meilleure tolérance. En effet, elle n'avait jamais souffert du regard des autres et avait finalement eu peu de gêne dans sa vie quotidienne : « *J'ai jamais eu...j'ai beaucoup de chance, j'ai jamais eu de remarques désobligeantes, ou jamais senti ça même dans mon travail.* Je *suis restée quand même plus de deux ans en obésité sévère et en étant pas si mal que ça quoi, c'est bizarre hein ? »*

Pour certains, s'il existait un bénéfice au fait d'être obèse, c'était que certains adhérents, qui renvoyaient déjà l'image de personnes ayant beaucoup d'appétit, pouvaient s'autoriser sans trop de complexes à se faire plaisir. Ils n'avaient plus à chercher à renvoyer une image de personne raisonnable, puisque celle-ci était déjà toute faite dans les représentations des autres.

2.3.2 Le parcours chaotique des adhérents

a) Maigrir nécessitait un déclic

De nombreux motifs avaient poussé les adhérents à débuter un programme d'amaigrissement.

La prise de conscience d'un excès de poids.

Les adhérents semblaient se sentir *«gros»* du fait d'un regard critique porté sur leur propre image (miroir, photos) . Le constat d'un chiffre trop élevé sur la balance devenait intolérable à partir d'un «*poids limite*». Il était d'autant plus inconcevable de dépasser ce chiffre pré-déterminé que l'on était jeune. Le regard des autres pouvait aider à cette prise de conscience, de même que celui d'un professionnel de santé (kiné, médecin).

Cette prise de conscience entraînait un électrochoc et une saturation qui aboutissaient au besoin de se prendre en charge, de reprendre le contrôle de sa vie. S'investir dans la perte de poids, c'était parvenir à se considérer comme assez important pour mériter de s'occuper de soi.

Un besoin de changement

L'adhérente *(A8)* avait ressenti un besoin de changement sur le plan esthétique, de retrouver une «*belle*» image, liée à un désir de plaire : *«ben allez hop si je veux trouver quelqu'un, faut que je perde du poids».* L'adhérente *(A11)* disait être *«en pleine révolution»* quand elle avait décidé de se prendre en charge.

Des proches motivants

Etre témoin de la perte de poids d'un proche pouvait entraîner un déclic. Les adhérents pouvaient avoir été entraînés, motivés par des proches : «*et puis ben comme on en a parlé, elle a bien vu que c'était un problème pour nous, et elle nous a dit : allez Jeudi je veux vous voir à la réunion, allez, vous y allez! On a dit bon allez hop c'est parti! (A9)»*

Une étape de vie

Un événement particulier comme un mariage, ou une étape de la vie, par exemple la retraite, pouvait motiver un désir de perte de poids.

Des craintes pour la santé

La découverte d'anomalies sanguines et les craintes pour la santé pouvaient être à l'origine d'un électrochoc.

Une motivation financière

Une motivation financière pouvait induire un déclic : *«c'était pour le mariage, parce que à partir du moment où on achetait une robe au-delà du 48, ils prenaient 10% en plus par taille supplémentaire. J'ai dit c'est pas juste ce que je fais, et comme il fallait deux tailles au-dessus, j'ai dit il est hors de question que je paye ma robe 20% en plus, parce que déjà c'est pas donné! (A8) »*.

b) Maigrir nécessitait une préparation psychologique

La plupart des adhérents faisait référence au fait *«d'être prêt»* à débuter un parcours d'amaigrissement. Cette préparation n'était pas qu'une question d'organisation, de temps, de disponibilité ou d'aspect financier. Décider de se prendre en charge semblait impliquer un bouleversement de l'équilibre dans lequel ils s'étaient installés, ainsi que l'acceptation de l'abandon des bénéfices antérieurs : « Y'*a toujours quelque chose hein, y'a Noël, y'a les chocolats de Noël, y' a les galettes des rois, et puis après on tombe dans Pâques, et puis les pique-niques, les apéros avec les voisins enfin bon. Et on se dit : oh la la, je vais être exclu de tout ça! Ah ben non c'est pas possible, c'est trop bon, moi je peux pas me priver de ça, et puis voilà c'est comme ça...On voudrait perdre mais on ne trouve pas suffisamment de raisons de le faire. On trouve beaucoup de raisons de ne pas le faire justement (A10)».*

Les adhérents semblaient parfois se cacher inconsciemment derrière cette nécessité de préparation car ils ne parvenaient pas à abandonner les bénéfices de leur comportement habituel. Ils pouvaient donc attendre indéfiniment d'être prêts : *« Je lui ai dit : oh ben moi aussi ce serait bien que je me mette au régime, elle, elle avait déjà dû perdre vingt ou vingt-cinq kilos, et elle m'a dit euh…je lui ai dit : oh ben je suis pas prête, et là-dessus, elle m'a dit : ben si t'attends d'être prête tu seras jamais prête».*

Il semblait que pour s'investir sérieusement dans un parcours d'amaigrissement, il était nécessaire que les conséquences du surpoids entraînent une gêne plus importante que les avantages apportés.

c) Une multitude de régimes

La plupart des adhérents présentait un surpoids de longue date. Certains avaient *«toujours été gros»*, d'autres l'étaient depuis l'enfance ou l'adolescence. Seuls deux d'entre eux n'avaient pas eu un passé de surpoids. Seule une adhérente sur onze *(A6)* n'avait jamais essayé de perdre du poids avant le PANM. Tous les autres avaient tenté une multitude de méthodes d'amaigrissement, parfois même à plusieurs reprises. Ils semblaient lucides sur le nombre important de régimes réalisés. Une des adhérentes avait expérimenté tant de programmes d'amaigrissement qu'elle disait les avoir *«tous testés».* Plusieurs méthodes avaient été citées:

- Médecine conventionnelle : médecin traitant, diététicienne, nutritionniste, endocrinologue, pharmacie (diététicienne à votre écoute.)
- Médecine «parallèle» : hypnose, acupuncture, mésothérapie, microkiné.
- Régimes spontanés, «fabriqués» par les adhérents ou trouvés dans des revues ou des livres de régimes : régimes monotones ou hyper protéinés, substituts de repas.
- Cures minceur en centre d'amaigrissement.

Certaines de ces méthodes étaient perçues comme «*bêtes*» par les adhérents. Pour beaucoup d'entre eux, plus le régime était draconien, moins la motivation et la perte de poids étaient durables, plus la reprise de poids semblait rapide. L'effet yoyo souvent mentionné résultait de la répétition de ces comportements.

Rapport-Gratuit.com

d) Pourquoi ce PANM ?

Quatre raisons essentielles poussaient les personnes à s'orienter vers ce programme :

- La connaissance de son fonctionnement (les adhérents en avaient entendu parler ou l'avait expérimenté).
- L'absence de confiance en soi, induisant un besoin de soutien et d'encadrement.
- Les nombreux échecs des méthodes d'amaigrissement précédentes.
- L'impression d'impasse rencontrée avec les professionnels de santé : *«c'est comme si on était arrivés à une impasse…Ben voilà c'est exactement ça...Du coup je me suis dit ok… bon ben je vais me débrouiller toute seule...encore (A2)».*

2.3.3. La perte de poids avec le PANM : un parcours parfois difficile mais serein

a) Un parcours plus ou moins régulier

La régularité du parcours d'amaigrissement était variable selon les adhérents. Pour certains, la perte de poids avait été constante tout au long du programme. Pour d'autres, il n'était pas linéaire, mais fait de pertes et de reprises.

b) Une perte de poids lente et sécurisée

Le plus souvent, la perte de poids était considérée comme lente, ce qui n'était pas obligatoirement mal vécu par les adhérents qui semblaient vouloir prendre le temps de *«rééduquer»* leur alimentation et leur comportement, le programme s'intégrant progressivement à leur vie quotidienne, dans un climat de confiance. Maigrir lentement permettait de mesurer les résultats des efforts et le chemin parcouru, ce qui paraissait valorisant et motivant pour certains adhérents. La perte de poids progressive semblait être le témoin de l'acquisition d'une maturité du comportement alimentaire, le maintien des résultats obtenus n'en étant que plus durable. Il n'y avait donc pas de *«pression»* liée à un besoin d'amaigrissement rapide.

La durée du parcours ne semblait pas forcément dépendre de la sévérité de l'obésité (Cf. figure 2). L'adhérente *(A11)* qui avait l'IMC le plus élevé, soit 52.9 kg/m², avait perdu 56 kg en 24 mois, alors que l'adhérente *(A1)*, qui avait un IMC de départ de 30,3kg/m², avait perdu 12.5 kg en 28 mois. La sévérité de l'obésité ne semblait pas non plus influer sur la régularité de l'amaigrissement ou la lenteur de la perte de poids.

c) Un amaigrissement responsable

Quel que soit le type de parcours, la principale difficulté de la perte de poids semblait résider dans la nécessité d'un contrôle permanent du comportement et des choix alimentaires : *«mais si on se surveille pas c'est foutu hein, faut pas rêver hein (A5)».* Malgré toutes les aides sur lesquelles les adhérents pouvaient s'appuyer, certains pensaient que leur perte de poids leur

appartenait. Ils semblaient être les seuls à pouvoir être réellement acteurs de leur amaigrissement. Pour maigrir, ils devaient être déterminés.

d) Objectifs de poids

Détermination du barème santé du PANM

Le programme calculait un barème de *«poids santé»* basé sur l'IMC au sein duquel l'adhérent pouvait définir un objectif cible. Le barème santé semblait être perçu comme une suggestion du programme plus que comme une obligation : *« après elle m'a dit ben si vous voulez arrêter vous arrêtez hein, on peut pas forcer les gens (A7)»*. Cependant, la motivation financière à acquérir le statut d'adhérent or tendait à influencer les adhérents.

Détermination de l'objectif personnel

La majorité des adhérents avait déterminé un objectif de poids qui leur était personnel et qui semblait souvent en relation avec un poids de référence symbolique et /ou nostalgique.
D'autres n'avaient déterminé aucun objectif de poids. L'adhérente *(A11)* n'avait pas décidé d'un objectif de poids chiffré : *«Au départ c'était...l'objectif global c'était perdre tout ce que je pouvais!».* Établir de petits objectifs à court terme permettait de définir une ligne de conduite raisonnable amenant progressivement à atteindre le but final. Les objectifs devaient avoir du sens pour avoir un impact important sur l'amaigrissement.

Discordance entre barème santé et objectif personnel

Il existait parfois un décalage entre le *«barème santé»* défini par le PANM et les objectifs personnels déterminés par les adhérents.
Cet écart pouvait s'expliquer par le fait que la définition du PANM tenait compte de valeurs médicales chiffrées alors que les adhérents privilégiaient souvent l'aspect bien-être.
Ce décalage était parfois difficilement vécu par les adhérents qui ne parvenaient pas à atteindre leur *« poids santé ».* Les efforts à fournir pour mettre en pratique le programme devenaient alors une contrainte qui entraînait démotivation et autodépréciation, le poids cible semblant inaccessible. Quand cela s'avérait nécessaire, il existait une possibilité de réadapter le *«barème santé»* à la demande du patient : *«je lui avais écrit un courrier et puis ils avaient accepté de modifier donc ils ont mis 65 kg (A1)».*

Les adhérents paraissaient parfois sceptiques concernant la possibilité d'atteindre le barème défini par le PANM. Ils s'interrogeaient sur la faisabilité de ce parcours, de nombreux facteurs pouvant freiner leur perte de poids et les empêcher d'atteindre leurs objectifs. Pour certains d'entre eux, retrouver son *«poids de jeunesse»* était parfois considéré comme illusoire. Les changements physiologiques tels que la ménopause, ainsi que la sévérité de l'obésité semblaient, pour certains, majorer les difficultés à perdre du poids.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

D'autres facteurs pouvaient induire un arrêt volontaire du suivi du programme. Le bien-être ressenti ainsi que l'amélioration de problèmes de santé (disparition de douleurs ou d'un essoufflement par exemple), pouvaient conduire certaines personnes à interrompre le programme alors qu'elles n'avaient pas encore atteint le poids cible du barème santé. Le regard porté par les adhérents sur leur nouvelle image, ainsi que leurs représentations concernant les anciens obèses pouvaient induire un arrêt volontaire du programme : *«Non mais je trouve que après si on perd trop on se ride euh…on est flasque, je veux pas perdre plus quoi (A7) ».*

Inadéquation entre poids atteint et objectif personnel

Il arrivait que le poids atteint ne corresponde pas à l'objectif personnel fixé initialement. L'adhérent *(A5)* avait pour objectif initial de perdre 35 kg, mais disait finalement vouloir s'arrêter au bout de 30 kg perdus. Si encore une fois le bien-être pouvait expliquer une telle décision, l'avis de son médecin et de son épouse semblaient avoir influencé ce changement d'avis. La perte de poids de certains adhérents avait dépassé leurs objectifs initiaux.

Certains étaient agréablement surpris car n'espéraient pas parvenir à atteindre un tel objectif. D'autres semblaient avoir calculé ce dépassement afin de se laisser une marge : *«mais bon moi je voulais en perdre plus parce que ça remonte tellement vite... Oui et là c'est ça aussi je veux me donner de la marge (A10)».*

e) Une reconnaissance valorisante

Au cours de leur amaigrissement, ainsi qu'en fin de parcours, les adhérents semblaient rechercher la reconnaissance de leur réussite, que ce soit par le médecin traitant ou par les autres : *« le docteur est...non il est content, il approuve, il conseille, il dit si c'est bien faut continuer, faut pas...il m'a même dit : là maintenant faut arrêter, faut pas descendre maintenant (A9)».*

f) De nombreux récidivistes

Six adhérents sur onze étaient des *«récidivistes»* du PANM, ce qu'ils expliquaient par une perte progressive de motivation, souvent liée à l'arrêt de la fréquentation des réunions par lassitude. La gourmandise était une autre cause évoquée pour expliquer la perte de motivation. Cela aboutissait à une reprise parfois plus importante du poids perdu et à la nécessité de reprendre le programme.

2.3.4 Et après ?

a) La perte de poids : une renaissance

Après leur amaigrissement, les adhérents se redécouvraient en tant que nouvel individu dans une nouvelle vie. Le changement opéré était indéniable, que ce soit sur le plan physique ou psychologique.

La perte de poids semblait induire un immense bien-être (disparition des douleurs articulaires, de l'essoufflement, de la fatigue, des ronflements. Gain de souplesse, amélioration de la mobilité, plus grande aisance dans les activités physiques, sensation de légèreté). On notait un regain de vitalité ainsi qu'une amélioration de la santé (suppression de l'appareillage de SAS, diminution de la Tension artérielle, des chiffres de cholestérol et de l'hémoglobine glyquée).
L'impact psychologique de la perte de poids était majeur (amélioration de l'humeur, joie de vivre, revalorisation de l'estime de soi). Les adhérents pouvaient même avoir la sensation d'une modification de leur personnalité. L'adhérent *(A9),* qui se décrivait comme une «*personne compliquée*» était devenu *«simple».* Les adhérents paraissaient *«libérés»* de l'oppression du surpoids.
Un tel changement leur permettait de mieux se dévoiler. Ils redécouvraient ainsi une vie de couple plus harmonieuse.

Avec la perte de poids, les adhérents disaient avoir retrouvé une vie normale (possibilité de s'habiller dans des magasins *« normaux »,* de retrouver une vie sociale agréable, de sortir sans appréhender le regard des autres devenu gratifiant, de refaire «*partie de la masse*» puisqu'ils rentraient dans les normes).

Cependant, dans certains cas, la perte de poids pouvait être plus rapide que l'adaptation psychologique à la nouvelle image, même si cette dernière était positive. Il existait une ambivalence quant à la perte de poids qui semblait perturbante. Dans un sens, les adhérents paraissaient heureux d'avoir atteint l'objectif pour lequel ils s'étaient tant battus. D'un autre côté, il pouvait leur être difficile de s'approprier le nouveau corps qu'ils avaient pourtant désiré. Ils gardaient donc des réflexes «d'anciens gros» : *«Ben c'est ce que me dit – l'animatrice- elle me dit : mais tu peux maintenant tu peux! Mais je suis pas encore rendue à ce niveau-là, y'a encore cette sensation d'être protégée par des vêtements et d'être un peu cachée quelque part certainement par une ampleur, par des longueurs».*

b) Regard valorisant sur la nouvelle image

Le constat de la transformation corporelle une fois l'objectif atteint semblait gratifiant et motivant.
La perte de poids semblait permettre une modification du rapport aux autres. Le regard porté par les proches des adhérents sur leur nouvelle image était perçu comme flatteur. L'image renvoyée était celle d'une personne amincie et dynamique *: «Et du coup ben en fait les gens remarquent, votre façon de…enfin votre physique qui change, et puis votre mentalité aussi qui est beaucoup plus…déjà je suis d'un tempérament très enjoué, très jovial, mais là c'est décuplé (A2)».*
Pour les adhérentes anciennement obèses, l'évolution du regard des autres était flagrante. Quand elle était obèse, l'adhérente *(A1)* avait la sensation d'être *«transparente»* aux yeux des

autres, en particulier à ceux des hommes. Après son amaigrissement, elle avait l'impression d'être «*cataloguée*» comme objet de désir, ce qui la rendait plus visible, plus remarquable. En perdant du poids, il lui avait été plus facile de s'affirmer.
La perte de poids paraissait permettre à d'autres adhérents de ré-appartenir au monde «*normal*» dans la mesure où ils passaient «*inaperçus*» *grâce à la perte de poids.*

c) Une surveillance à vie

Dès le début du parcours, les adhérents semblaient être dans une démarche d'amaigrissement sur le long terme. Une fois l'objectif de poids atteint, ils paraissaient conscients de la nécessité de «*continuer à se surveiller*» afin de maintenir les résultats obtenus. Être mince était synonyme «*d'efforts à vie*». Pour certains d'entre eux, plus la perte de poids était importante, plus le risque de reprise était grand. Ils donnaient l'impression d'avoir des difficultés à envisager l'avenir après le programme par crainte de reperdre le contrôle. La phase de stabilisation ainsi que la possibilité de devenir adhérent or les rassuraient, ils ne se sentaient pas «*lâchés dans la nature, abandonnés*».

d) Un besoin de transmission

Pour certains adhérents, il était important d'acquérir de bonnes habitudes, pas seulement pour eux, mais pour transmettre les bons comportements à leur progéniture. Pour l'adhérente *(A2)*, l'importance de la transmission de bonnes habitudes alimentaires ne se limitait pas qu'à la famille, mais aussi à l'entourage, du fait de son éducation (habituée à partager, à transmettre). L'adhérent *(A5)* ressentait le besoin de partager son expérience, de transmettre des conseils afin de donner de l'espoir et du courage aux personnes obèses qui craindraient de se lancer dans un parcours d'amaigrissement. Certains adhérents semblaient ressentir le besoin de se faire porte-parole de la méthode.

2.4 Les représentations du système de soins conventionnel

2.4.1. La Relation médecin-patient

a) Une communication souvent sans tabou

La plupart des patients abordait spontanément la question du poids avec leur médecin traitant, sans difficultés particulières et sans tabou. Parler de son surpoids avec le médecin semblait être pour l'une des adhérentes un acte important, qui devait être réfléchi et soigneusement préparé afin de ne «*rien oublier*».
Certains médecins constataient le surpoids et n'hésitaient pas à en parler aux patients afin de les alerter sur les risques existants. Plusieurs adhérents pensaient que leurs médecins parvenaient à aborder le sujet avec délicatesse et «*sympathie*», ce qui pouvait être vécu avec humour, dans la mesure où ils étaient conscients de leur surpoids et du tact dont le médecin devait faire preuve pour l'évoquer.

L'abord de la question du poids, que ce soit par le médecin ou le patient, s'avérait facilité si le patient était déjà suivi régulièrement pour un problème de santé chronique, en particulier si ce problème était lié au poids. Pour l'une des adhérentes, c'était suite à une remarque adressée à son kinésithérapeute que ce dernier avait évoqué son surpoids : *« Ben la première fois c'était le kiné, parce que je trouvais que les séances étaient pas très efficaces, et je lui ai dit : ben dans 10 ans je serai toujours là à venir à vos séances! C'est là qu'il m'a dit : ben écoutez y'a une petite chose qui pourrait vous aider, éventuellement, c'est de perdre un peu de poids quoi (A7)».*

b) Une communication parfois difficile

Plusieurs facteurs pouvaient expliquer que d'autres patients rencontraient des difficultés à aborder cette question.

Le surpoids n'était pas considéré comme un motif de consultation

Pour plusieurs adhérents, le surpoids n'était pas considéré comme un motif de consultation mais comme un problème purement esthétique, même s'ils pouvaient être conscients des risques sur la santé. Pour eux, on allait voir le médecin quand on était «*malade*».

Une des adhérentes considérait que le surpoids ne concernait pas les médecins. Elle semblait penser que ces derniers ne possédaient pas les compétences requises pour traiter ce problème du fait de plusieurs expériences décevantes avec ses précédents médecins : *« C'est pas le problème du médecin, il le constate et puis point à la ligne, mais comme il sait pas m'aider, qu'il me laisse tranquille avec ça (A10)».*

Une relation de confiance altérée

L'absence ou la perte de relation de confiance et d'affinités avec certains médecins pouvait être la cause d'une communication compliquée. Il était d'autant plus difficile pour les patients de parler de leur problème quand une prise en charge antérieure, en particulier concernant le surpoids, s'était révélée inefficace voire délétère.

La crainte du regard du médecin

Selon certains patients, le médecin semblait porter un jugement sur leur surpoids, problème qui les avait poussés à consulter. L'adhérente *(A10)* semblait avoir reçu avec brutalité les propos du praticien qu'elle avait consulté très jeune pour son problème de poids : *« Alors ben tout d'abord je devais avoir seize ans je crois, maman m'avait emmenée voir un médecin, qui devait être quelque chose un peu psychiatre, qui quand il m'a vue arriver m'a dit : ben vous en êtes grosse vous!».* Même quand ils ne percevaient pas de jugement de la part de leur médecin, la honte ressentie par les adhérents du fait de leur obésité pouvait induire une réticence à en parler. Ils attendaient parfois d'avoir initié leur amaigrissement avant de consulter.

Un manque de temps et d'intérêt du médecin

Les patients avaient parfois la sensation d'avoir face à eux un professionnel de santé qui manquait de temps pour s'occuper de leur problème. Ils pouvaient penser que le médecin traitant ne se rendait pas accessible. Selon eux, certains praticiens manquaient de tact *: «ce qu'ils vous envoient c'est direct hein, en fait ce sont des professionnels hein, ils vous parlent comme des professionnels, euh...c'est comme ça, faut perdre du poids, il est pas question de faire comme ça, faut perdre du poids, y'a que ça qui arrangerait les choses, ça n'ira pas autrement (A9) ».* D'autres expliquaient ce manque de délicatesse comme une sorte de mécanisme de protection du médecin : *«mais ça c'est normal qu'ils parlent comme ça, je pense que prendre des gants, c'est peut-être aussi un peu difficile pour eux (A9)».*

Quelques adhérents pouvaient avoir l'impression que leurs médecins minimisaient un problème qui était pourtant primordial pour eux. Ils semblaient ressentir un manque d'intérêt de leur part, ce qui induisait une distance dans la relation.

Parfois, ils partaient de la consultation avec la sensation de ne pas avoir été entendus, de ne pas avoir eu de réponses à leurs questions, et d'être livrés à eux-mêmes pour trouver des solutions à leur problème.

Des doutes concernant les compétences du médecin dans le domaine du surpoids

Un petit nombre d'adhérents semblait douter des connaissances et des compétences de leur médecin généraliste dans le domaine de l'obésité : *«Ben je pense qu'elle est capable hein….euh j'espère! (rires)… Je pense que tout médecin est capable, enfin je sais pas, j'ai jamais eu de soucis avec un médecin, enfin j'ai jamais posé la question à un médecin jusqu'à maintenant quoi (A 7)».*

Le patient-professionnel de santé

Le fait que le patient soit lui-même un professionnel de santé pouvait entraver une éventuelle discussion avec le praticien. En effet, l'adhérente *(A6)*, qui était IDE, disait *« ne jamais consulter »* son médecin. En tant que professionnel de santé, elle pensait être capable de s'en sortir seule pour régler certains problèmes. Dans d'autres cas, les ordonnances pouvaient être réalisées par les médecins de l'hôpital avec lesquels elle exerçait.

Les difficultés du médecin à aborder le sujet

Certains adhérents avaient l'impression qu'il était difficile pour leurs médecins d'évoquer le sujet de l'obésité. Pour ces patients, leurs propres traits de personnalité ou leur comportement pouvait contribuer à altérer la communication avec leurs médecins. L'adhérent *(A9)* mettait en relation son caractère *«têtu»* avec le blocage créé dès que le médecin souhaitait aborder la question de son obésité. Le fait d'évoquer le sujet le ramenait à sa souffrance, ce qui induisait

un comportement d'évitement qui avait pour conséquence de mettre en échec les tentatives du praticien.
Le médecin de l'adhérente *(A11),* qui présentait l'obésité la plus sévère, semblait ne jamais avoir évoqué son problème d'obésité. Pour elle, une des explications à cette attitude pouvait être la crainte de la vexer, de la brusquer et d'induire une rupture dans la relation. Le fait de connaître son médecin en dehors du cadre professionnel pouvait amplifier cette crainte, d'autant que la patiente n'avait jamais formulé de plainte en relation avec son surpoids. Elle émettait aussi l'hypothèse que son médecin préférait que la demande provienne du patient.

c) Le relationnel était primordial

Le premier contact avec le médecin paraissait primordial. Afin que la prise en charge soit optimale, la relation médecin–patient devait être une relation de confiance. L'installation de cette confiance semblait nécessiter un long travail.

Suite à des expériences personnelles ou de proches décevantes, certains patients semblaient s'être braqués contre ce que représentait pour eux le corps médical. Le médecin devait trouver un moyen de désamorcer cette situation afin de rétablir la relation de confiance : *«Elle sait comment me prendre, même quand elle a des examens à me faire passer, ça aurait été mon autre médecin il m'aurait dit : bon ben alors hop, on prend un rendez-vous, on va faire telle analyse ! Elle y va pas comme ça elle, hein, elle me connaît, elle me dit ça serait bien que…(A5)».*

Lorsque nous évoquions la prise en charge médicale, les adhérents avaient tendance à mettre en avant la personnalité et le comportement du médecin. Le relationnel semblait tout aussi important que les connaissances médicales, au point que les patients semblaient montrer une certaine indulgence vis-à-vis d'un éventuel manque de compétences si la relation était de qualité et que le médecin faisait preuve d'empathie. Ce qui semblait crucial, c'était le ressenti du patient quant à l'intérêt et à l'investissement du médecin dans sa prise en charge : *«Elle…elle est très gentille, elle est…je m'entends bien avec elle, elle essayait de faire le maximum...elle est très sympa, elle est très psychologue, mais c'est pas son métier quoi, c'est pas son métier, c'est pour ça qu'elle envoie suivre le programme hein, d'abord elle est étonnée des résultats hein(A5)».*

Même quand une relation de confiance était établie, il arrivait que le patient ne perçoive son médecin que comme un *«professionnel»*, ce qui pouvait créer une certaine distance dans la relation.

2.4.2 Le médecin avait un rôle important à jouer dans le problème de l'obésité

Pour les adhérents, le médecin avait un rôle majeur à jouer dans la prise en charge de l'obésité

a) Un rôle lié à ses compétences médicales

Diagnostic

Il était celui qui devait diagnostiquer le surpoids. Les patients s'attendaient donc à être pesés régulièrement par leur médecin.

Prévention

Il avait un rôle à jouer dans la prévention de l'obésité en informant les patients sur les causes de ce problème et les moyens de l'éviter.

Alerte

Le rôle d'alerte du professionnel de santé était souvent évoqué, que cela concerne les risques sur la santé ou les méthodes dangereuses qui pouvaient exister pour tenter de perdre du poids. Les patients semblaient attendre de leur médecin qu'il les interpelle sur leur comportement quand celui-ci était délétère, les informe sur les risques de ce comportement, même s'ils n'étaient pas prêts à le modifier dans l'immédiat.

PEC Psychologique

Le médecin devait aussi intervenir dans la prise en charge psychologique de l'obésité, trop souvent minimisée selon certains patients. Grâce à ses connaissances, il devait être capable d'expliquer aux patients ce qui se passait *«dans leur tête».* Il devait parvenir à expliquer les causes de l'ambivalence entre leur désir de maigrir et leur impossibilité à mettre en place les moyens pour y arriver.

Validation du PANM

Dans les représentations d'un des adhérents, le médecin portait peu d'intérêt au PANM : *«les médecins n'entrent pas je pense dans ce truc-là (A9)».* Pourtant, les praticiens à qui les adhérents avaient demandé leur avis semblaient connaître et valider le programme. Ils avaient une opinion favorable le concernant car il était complet, équilibré et sécurisé. De plus, ils paraissaient satisfaits des résultats sur la perte de poids et les bilans biologiques des patients ayant suivi le programme. Ils pouvaient être amenés, après avoir constaté des résultats positifs, à le conseiller à d'autres patients.

Orientation/conseils

Les adhérents attendaient du médecin qu'il les oriente vers des centres ou des méthodes fiables, sécurisées et efficaces, qu'il les aide à *«faire les premiers pas».* Ils attendaient du médecin qu'il soit en relation avec un réseau de spécialistes de confiance à qui il pourrait les adresser en fonction du problème et de leur profil.

Formation

Les médecins devaient se former, se tenir au courant des méthodes existantes afin d'orienter et de conseiller au mieux chaque patient, en le prenant en compte dans sa globalité (son histoire, sa personnalité, ses ATCD médicaux).

Suivi /PEC des complications

Le rôle du médecin était d'accompagner le patient tout au long de son parcours d'amaigrissement. Les patients attendaient de lui qu'il prenne en charge les complications de l'obésité.

b) Un rôle lié à ses qualités humaines

Le médecin devait posséder des compétences humaines, de manière à créer un climat de confiance. Il devait savoir faire preuve d'empathie, d'écoute, de soutien, d'encouragement, être accessible et ne pas émettre de jugement.

Les patients avaient besoin de la reconnaissance des résultats de leurs efforts. Ils souhaitaient être pris au sérieux.

2.4.3 La PEC de l'obésité par le système de soins conventionnel

a) Le médecin traitant n'était pas l'interlocuteur privilégié

Si la majorité des adhérents ne semblait pas rencontrer de difficulté à aborder la question du surpoids, et qu'ils estimaient que le rôle du médecin était important, le plus souvent, ce dernier n'était pas considéré comme un interlocuteur privilégié pour ce problème. (En grande partie pour toutes les raisons évoquées – Cf. *2.4.1.b- une communication difficile*).

Pour un petit nombre d'adhérents (ceux ayant répondu *« peut-être »* et *« je ne sais pas »* à la question : *« le médecin traitant est-il le meilleur interlocuteur pour vous ? »),* il aurait été idéalement plus pratique, logique et rassurant que le médecin soit leur interlocuteur privilégié. Il semblait en effet perçu comme le mieux placé pour traiter les conséquences néfastes du surpoids sur la santé, qu'il était capable de prendre en charge de manière très rigoureuse. De plus, il était celui qui connaissait le mieux le patient quand un suivi régulier et une relation de confiance étaient instaurés. Cependant, cette représentation du médecin ne correspondait pas à leur expérience pratique.

Pour deux des adhérents, le médecin traitant était effectivement considéré comme le meilleur interlocuteur dans la mesure où il était à leur écoute et semblait *«à l'aise»* pour parler de surpoids.

Rapport-Gratuit.com

Pour certains, d'autres interlocuteurs que le médecin généraliste pouvaient être cités comme privilégiés concernant la question du surpoids, par exemple la diététicienne, le PANM, ou le conjoint.

b) Les professionnels de santé en tant que ressource pour la perte de poids : des avis partagés

Le médecin était souvent considéré comme une ressource pour la perte de poids

Pour une petite majorité des adhérents, le médecin pouvait être considéré comme une ressource pour la perte de poids. Cela s'expliquait par les représentations des patients concernant son rôle important dans la PEC du surpoids.

L'adhérente *(A7)* expliquait que si son surpoids récidivait, elle serait plus d'avis de consulter son médecin que de se *«réengager»* dans un autre programme quel qu'il soit. Son médecin lui semblait compétent et tout à fait capable de la prendre en charge, d'autant qu'elle la suivait déjà pour des problèmes de thyroïdes. La PEC serait donc globale et complète. La qualité de leur relation permettait de lui accorder cette confiance.

Incertitudes concernant le traitement du surpoids par les professionnels de santé

Une des adhérentes *(A1)* semblait dans l'incertitude quant au fait de considérer son médecin traitant comme une ressource pour perdre du poids. D'un côté, sa représentation personnelle du médecin était celle d'un professionnel traitant uniquement les maladies. D'un autre côté, elle avait constaté les résultats concluants de la prise en charge de son propre médecin sur d'autres patientes concernant le surpoids.

Parfois le médecin n'était pas considéré comme une ressource pour la perte de poids

Pour une partie des adhérents, le praticien ne semblait pas être considéré comme une ressource pour la perte de poids puisqu'il donnait l'impression de manquer de temps et de connaissances sur le sujet, et ne prenait pas le patient en considération dans sa globalité. De plus, dans certains cas, le professionnel de santé ne remplissait pas les rôles qui lui étaient attribués (Cf. 2.4.2). Par exemple, l'adhérente *(A11),* qui présentait depuis plusieurs années une obésité sévère visible, n'avait jamais été pesée au cours de ses visites régulières à la médecine du travail (tous les deux ans pendant vingt-cinq ans).

L'adhérent *(A9)* considérait que la meilleure ressource pour la perte de poids n'était ni le programme, ni les professionnels de santé, mais le patient lui-même, qui devait être acteur de son amaigrissement.

c) Les professionnels de santé proposaient des méthodes d'amaigrissement variées

Parfois aucune proposition spontanée de la part du médecin

On pouvait noter que quatre adhérents sur onze n'avaient eu aucune proposition spontanée de leur médecin traitant, soit parce que la question du poids n'avait pas été abordée *(A8),* soit parce qu'ils s'étaient déjà décidés pour le PANM *(A1), (A7) et (A11).* Ces adhérents attendaient donc du médecin qu'il donne son aval pour la méthode choisie.

La validation du PANM

Les médecins de cinq adhérents sur onze (*A1, A5, A7 et A11)* avaient donné leur approbation pour le PANM.

Les conseils hygiéno-diététiques (CHD)

Deux adhérents sur onze avaient reçu des conseils hygiéno-diététiques de la part de leur médecin. Le médecin de l'adhérente *(A5)*, suite au diagnostic d'obésité, lui avait proposé un rééquilibrage alimentaire basé sur des règles hygiéno-diététiques dans le but de lui faire perdre «*raisonnablement un kilo par mois*». Malgré ce qui semblait être une excellente relation médecin-patient et un investissement important du médecin dans sa prise en charge, le patient disait ne pas avoir obtenu de résultats concluants. En dépit de son intérêt pour les problèmes de surpoids, le patient ne considérait pas son médecin traitant comme une «*spécialiste*» de la question de l'obésité.

Le médecin de l'adhérent *(A9)* lui avait donné des CHD, mais la prise en charge semblait vouée à l'échec car le patient ne se sentait pas «*prêt*» à prendre soin de lui à ce moment-là. Il ne paraissait donc pas réceptif aux propositions de son médecin qui s'était adapté à cette situation.

L'activité physique

Les professionnels de santé ne semblaient pas insister sur l'importance de pratiquer une activité physique. Seul l'adhérent *(A5)* aurait été incité à en pratiquer une. Son médecin lui avait conseillé la natation en tenant compte de son surpoids et de ses douleurs articulaires. Cette activité semblait toutefois être en inadéquation avec la réalité du patient, qui éprouvait des difficultés à exposer son corps dénudé au regard des autres. La marche lui correspondait mieux.

La diététicienne

Le recours à une diététicienne était la proposition la plus fréquente des médecins.

Pour l'adhérente *(A2),* qui avait déjà essayé sans succès ce type de prise en charge, le fait que le médecin lui propose à nouveau de consulter une diététicienne avait créé une impasse dans

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

leur relation. Selon elle, la prise en charge des diététiciennes et des nutritionnistes était basée sur des restrictions, des *«jugements et des critiques»*. De plus, le face à face avec un professionnel de santé n'était pas vécu comme rassurant.

L'adhérente *(A3)* avait consulté une diététicienne à deux reprises avec des résultats probants la première fois, quoique non durables. Elle avait ressenti une certaine frustration la deuxième fois car malgré ses efforts et un régime assez restrictif, la méthode ne semblait plus porter ses fruits. Elle semblait avoir vécu cette incapacité à reperdre du poids comme une fatalité. En effet, la diététicienne lui avait fait comprendre qu'elle ne pouvait plus l'aider à perdre du poids dans la mesure où elle avait fait un régime hyper protéiné prescrit par son médecin traitant : *«j'ai reconsulté donc la diététicienne, qui m'a dit : ben écoutez, vous avez vu ça avec votre médecin, moi je peux pas faire grand-chose, vu que vous avez fait un régime hyper-protéiné….bah voilà».*
L'adhérente *(A4)* avait vu une diététicienne dont la méthode semblait basée sur un changement complet et radical du mode d'alimentation (*graines, soja...*). L'écart lui paraissait trop grand entre les habitudes alimentaires familiales et les nouvelles habitudes à mettre en place.
L'adhérent *(A9)* comparait la prise en charge d'une diététicienne de ville et d'une diététicienne hospitalière qu'il avait consultées. La diététicienne de ville semblait lui avoir donné une *«liste d'interdits»* plus qu'un programme structuré le prenant en considération : *«Oui, à la limite je me demandais si elle s'intéressait vraiment à MON problème, parce que en fait il faut s'intéresser au problème des gens».* Cette proposition de régime restrictif lui donnait la sensation de se *faire «taper dessus».*
A contrario, la diététicienne hospitalière semblait être la solution à ses problèmes. C'était d'ailleurs le départ de cette dernière qui avait en partie poussé l'adhérent à aller suivre le PANM. Elle établissait des *«feuilles de repas»* à partir des habitudes alimentaires du patient. Il avait donc le sentiment qu'elle le prenait vraiment en considération et qu'elle s'investissait dans sa perte de poids. Elle était parvenue à lui inculquer des habitudes efficaces qu'il avait gardées.

Il était intéressant de noter que même quand les adhérents n'avaient jamais eu l'occasion de consulter une diététicienne, la représentation qu'ils se faisaient de cette dernière était celle d'un professionnel dont le rôle était de *«supprimer des aliments».*

La chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique n'avait été suggérée que par le médecin de l'adhérente *(A2).* Cette proposition avait entraîné chez elle une réaction de *«colère»* car elle semblait considérer cette intervention comme une *«solution de facilité»* qu'elle voyait de surcroît comme invasive *: «Et c'est là où j'ai dit ben non ! Stop ! Non je cherche pas à avoir une opération pour me faciliter entre guillemets le travail, non c'est pas ça!».* Pour elle, la chirurgie bariatrique était une

intervention *«extérieure»*, radicale, qui se substituait à sa volonté et faisait le travail à sa place, alors qu'elle souhaitait que l'effort vienne d'elle-même. De plus, elle semblait penser que la chirurgie aurait réglé le symptôme sans traiter la véritable cause du problème. Il existait un décalage important entre les attentes de l'adhérente et la réponse du médecin qui lui semblait disproportionnée au regard des risques de la chirurgie. Bien que son médecin lui ait proposé une prise en charge pouvant induire un amaigrissement rapide, la patiente avait la sensation de partir de la consultation sans réponse à son problème.

Les régimes restrictifs

Deux adhérents sur onze avaient faits des régimes hypocaloriques restrictifs sur conseils de leurs praticiens. Le médecin de l'adhérente *(A6)* lui avait *«filé»* une feuille de régime composé des aliments à *«ne pas»* manger. Le terme *"filé"* employé par la patiente avait une connotation de négligence, de manque d'intérêt ou d'investissement du médecin. Elle n'avait donc pas suivi ses conseils, d'autant plus que le régime lui paraissait trop restrictif, avec beaucoup trop d'interdits, au point qu'elle faisait un blocage dès que la formule « *ne pas* » était employée. Elle ne se sentait pas prête à faire ces changements alimentaires. Cela avait tout de même eu pour effet de déclencher un électrochoc : *" je devrais quand même faire quelque chose".* Il lui était difficile de donner un avis tranché sur cette prise en charge puisqu'elle lui semblait biaisée par le fait cette consultation ait été le premier contact avec ce médecin.

Le troisième médecin consulté par l'adhérente *(A10)* n'avait pas accédé à sa demande d'orientation vers une diététicienne, mais lui avait remis une feuille de régime comprenant les *« aliments autorisés » : « j'ai dit : je voudrais bien que vous me donniez l'adresse d'une diététicienne. Lui m'avait dit : ben elle va pas faire le régime pour vous! C'est ce qu'il m'avait dit, mon médecin traitant».* Cette prise en charge avait été vécue comme un échec, la patiente estimant qu'elle n'avait pas reçu l'aide escomptée.

Les régimes hyper protéinés

Trois adhérents sur onze s'étaient vus prescrire des «*régimes hyper-protéinés*». L'adhérente *(A3)* achetait des substituts de repas commandés par l'intermédiaire du médecin. Si ce programme s'était avéré efficace sur le court terme, la reprise de poids avait été importante par la suite. Pour la patiente, cette prise en charge avait manqué de suivi et d'informations concernant le risque de reprise de poids : « *Et on m'avait dit, c'est après qu'on m'a dit j'aurais jamais dû le faire, mon médecin aurait jamais dû me le conseiller quoi (A3)».* Le médecin paraissait pourtant avoir été rassurant en lui expliquant que ses proches et lui-même l'avaient testé avec succès, mais le manque d'informations paraissait lourd de conséquences. Cette PEC qu'elle semblait considérer comme néfaste était source d'incompréhension pour la patiente.

C'était la diététicienne qui avait prescrit des *«sachets de protéines»* à l'adhérente *(A10)* qui apparemment avait apprécié l'efficacité de la méthode et la rapidité de la perte de poids. Pour

la patiente, la diététicienne *«servait de médecin»* puisqu'elle était le prescripteur, et les sachets représentaient un médicament. Elle n'avait cependant pas pu maintenir un tel mode d'alimentation sur le long terme, du fait de l'incompatibilité avec une vie sociale normale.

Les «gélules pour maigrir»

L'adhérente *(A10)* avait eu l'occasion de consulter deux médecins qui semblaient lui avoir prescrit des *«gélules pour maigrir»* sans l'avoir examiné au préalable. Elle se représentait ces médecins comme des «*videurs de bourrelets*» qui ne semblaient voir les patients qu'à travers leur image de *«gros» :* « *mais il parlait pas d'alimentation, lui c'était vraiment soigner les bourrelets, c'était vider les bourrelets lui finalement».* Les premiers médicaments prescrits étaient à base d'extraits thyroïdiens, mais l'adhérente ne savait pas de quoi étaient composés les deuxièmes. Pour la patiente, les gélules étaient une fausse bonne solution car elles ne permettaient pas de réapprendre pas à manger correctement : *«Et puis du fait qu'il y avait les pilules, ben on mange, on dit : c'est pas grave, comme y'a les gélules y'a tout ça, eh ben je peux manger».*

Le traitement homéopathique

En association aux *«sachets de protéines»*, l'adhérente *(A4)* avait pris un traitement homéopathique à visée anxiolytique. Bien que cette patiente ne soit pas contre l'homéopathie, elle avait trouvé cette prise en charge *«légère»*, son médecin n'ayant pas recherché la cause de son problème. Elle s'était sentie abandonnée par ce dernier.

Des régimes prescrits par d'autres professionnels de santé

Les médecins généralistes et les diététiciennes n'étaient pas les seuls professionnels de santé à prescrire des régimes aux patients.

Suite à une consultation avec son endocrinologue pour un problème ne concernant pas le poids, la spécialiste avait proposé à l'adhérente *(A11)* un programme alimentaire avec un suivi mensuel. La fréquence des rendez-vous lui paraissait trop espacée car elle semblait avoir besoin d'un encadrement plus ferme.

Pour certaines patientes, les gynécologues étaient les professionnels de santé qui avaient le suivi le plus rigoureux du poids. La gynécologue de l'une des adhérentes (*A6)* lui avait remis une *«feuille de conseils alimentaires».* Le fait que la gynécologue ait abordé spontanément le sujet du poids et qu'elle ne se soit pas cantonnée au simple motif de consultation, lui montrait l'intérêt qu'elle lui portait.

L'ostéopathe de l'adhérente *(A1)* semblait lui avoir conseillé un régime restrictif.

DISCUSSION

1. Critique de la méthode

1.1. Population étudiée

1.1.1. Choix de la population obèse

Les personnes obèses présentant un excès de poids important, nous avons formulé l'hypothèse que leur perte de poids est un long parcours, difficile à suivre et à prendre en charge par le médecin traitant, avec des échecs probablement plus fréquents que pour une simple surcharge pondérale. Selon les *recommandations de la HAS (7)*, il existe divers moyens de PEC de l'obésité dans notre système de soins, notamment le recours à des professionnels reconnus tels que les diététiciens, ou à des *outils validés (14), (15), (16),(17),(18),(19),(20)* pour aider à promouvoir l'activité physique et la mise en place de CHD. La chirurgie bariatrique est actuellement considérée comme le traitement de référence pour les obésités sévères et/ou compliquées**.** L'existence de cette intervention est connue des patients et des médecins et semble être perçue comme une méthode efficace. Il est donc intéressant de comprendre pourquoi ces patients obèses se dirigent d'avantage vers des PANM que vers les méthodes proposées par le système de soins conventionnel.

1.1.2. Limites de la population recrutée

Nous avons pu noter une limite concernant la population recrutée qui ne comportait que des adhérents ayant réussi à perdre du poids. Il aurait été intéressant d'avoir le point de vue de personnes ayant vécu un échec (pas de perte de poids, voire reprise de poids).

Un biais de recrutement nous est apparu. Notre population cible n'étant constituée que de patients ayant spontanément adhéré à un programme d'amaigrissement, ces personnes étaient conscientes de leur surpoids et engagées dans un processus de changement. Certains points abordés dans notre étude (par exemple aborder la question du poids avec le médecin, ou les attentes des patients vis-à-vis du praticien) auraient pu être traités différemment du point de vue de patients ne se représentant pas leur obésité comme un problème.

1.1.3. Choix de l'âge de la population

Sélectionner une population adulte était un parti pris, la problématique de l'obésité chez l'enfant étant un sujet très spécifique. Une telle population n'aurait pas été adaptée à l'étude puisque l'inscription au PANM n'était autorisée qu'à partir de 18 ans.

1.1.4. Temps d'adhésion

Nous nous sommes basés sur le rapport d'orientation *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées* de la HAS *(21)* afin de déterminer une durée minimale de suivi de programme de trois mois. Il s'agit du délai minimal accordé lors d'une

modification du comportement alimentaire, pour atteindre l'objectif thérapeutique de certains facteurs de risques cardiovasculaires (HTA, dyslipidémie, diabète) avant l'instauration d'un traitement médicamenteux.

1.1.5. Critères d'exclusion

Les patientes enceintes et allaitantes ont été exclues afin d'éviter un biais de confusion, la grossesse et l'allaitement entraînant des modifications physiologiques du métabolisme responsables de variations de poids.

Afin d'éliminer un éventuel biais de recrutement, nous avons décidé de ne pas recruter les adhérents pouvant connaître ou être connus du chercheur.

1.2. Choix de la méthode et questionnements éthiques

Des questionnements éthiques pourraient être soulevés concernant ce travail portant sur un organisme commercial.

1.2.1. Pourquoi d'autres méthodes non médicales de régimes n'ont-elles pas été interrogées ?

Du fait de la charge de travail représentée par cette étude effectuée par un seul chercheur, nous avons été obligés de sélectionner une seule méthode parmi toutes celles existantes. Le choix de ce PANM en particulier était un parti pris, justifié par le fait qu'il compte un grand nombre d'inscrits, et que de nombreux patients se tournent vers lui pour perdre du poids. Selon la thèse *Pratiques de contrôle du poids et implication des médecins généralistes* de Bouthaïna El Otmani *(22),* dans les deux dernières années, 23% des répondants avaient utilisé cette méthode pour maigrir, sur six méthodes interrogées.

De plus, ce programme nous apparaissait comme efficace et sérieux. Il avait été mis à l'essai dans le cadre d'études cliniques indépendantes *(23)* comparant la méthode à des programmes collectifs comportementaux animés par des professionnels de santé. Les résultats indiquaient que tous les groupes avaient perdu du poids, ceux appartenant à la méthode avaient d'avantage maigri que ceux ayant suivi l'autre méthode.

1.2.2. Est-il possible de certifier l'absence de risque de récupération des résultats du travail par la société commerciale ?

Afin d'éliminer toute idée de conflit d'intérêt médecine-industrie commerciale, nous avons rédigé un courrier très explicite (Cf. Annexe 1) à la directrice du développement de la société qui nous a certifié par écrit que nos résultats ne seraient pas utilisés à des fins promotionnelles (Cf. Annexe 2).

Après discussion avec le comité d'éthique (Cf. avis du comité - annexe 3), nous avons remplacé le nom de la société par le sigle *PANM : programme d'amaigrissement non médicalisé,* afin de ne pas citer le nom commercial du programme.

1.3. Entretiens

Il existe dans notre étude un biais de mémorisation, les adhérents ayant été interrogés sur des consultations ayant pu avoir lieu plusieurs mois voire plusieurs années avant l'entretien.

Deux autres limites nous sont apparues dans cette étude :
Les onze adhérents ayant été recrutés dans trois lieux de réunions, certains d'entre eux qui appartenaient au même groupe pouvaient se voir une fois par semaine. Il est possible qu'ils aient pu discuter des thèmes abordés au cours de l'entretien.
Les entretiens ont été réalisés par un remplaçant en médecine général qui s'est présenté comme tel, ce qui a pu influencer le discours des participants.

2. Le surpoids : conséquence d'une addiction

Le champ lexical de la dépendance était présent dans bon nombre d'entretiens. Selon les critères du *DSM IV (24),* la dépendance est définie comme un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois manifestations (ou plus) sur sept critères définis, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois. Notre étude fait ressortir spontanément, chez les adhérents ayant vécu leur obésité comme les conséquences d'une addiction, quatre de ces critères sur des périodes supérieures à douze mois :
Critère (3) du *DSM IV*: la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
Critère (4) du *DSM IV* : il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance
Critère (5) du *DMS IV* : beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit, ou à récupérer de ses effets
Critère (7) du *DMS IV* : l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.
Pour identifier ces adhérents ayant vécu leur surpoids comme les conséquences d'une addiction, nous parlerons de patients ayant des tendances addictives.
Si nous avons mis en évidence ces tendances addictives dans certains cas, les données de notre travail ne nous ont pas conduits à identifier de personnes présentant, au moment de l'entretien, de troubles du comportement alimentaire (TCA) selon les critères du *DSM IV (24).* Seule une adhérente semblait avoir souffert, durant l'adolescence, de ce qui pourrait s'apparenter à de l'hyperphagie boulimique sans mécanismes compensatoires.

2.1. Modèle de Prochaska et DiClemente (1982)

Nous pourrions tout à fait transposer le problème de l'obésité au *modèle transthéorique des étapes du changement* introduit par les deux psychologues Prochaska et Di Clemente en 1982 (utilisé par la HAS comme outil d'évaluation initiale de la consommation tabagique). Selon *l'entrevue motivationnelle : un guide de formation (25),* il s'agit d'un modèle d'approche comportementale expliquant que les personnes aux prises avec un problème de dépendance passent par une série de stades de changement : pré contemplation, contemplation, décision, action, maintien, rechute.

Pré-contemplation

Quand le patient est dans cette phase, il ne pense pas avoir de problème avec sa consommation. Il n'envisage donc pas de changer de comportement, puisqu'il en ressent essentiellement les bénéfices. L'adhérente *(A6)* évoquait son surpoids depuis l'enfance comme quelque chose de naturel, qui faisait partie de son histoire personnelle et familiale, mais qui n'était pas identifié au départ comme étant un problème. Elle n'avait pas envisagé de modifier son comportement jusqu'à ce que la majoration de ce surpoids entraîne des conséquences physiques invalidantes qui l'amènent à se représenter son obésité comme un réel problème.

Contemplation

Le deuxième stade de changement est caractérisé par un état d'ambivalence. Cet état est tout à fait normal, mais souvent étiqueté à tort comme étant de la négation ou de la mauvaise volonté. L'ambivalence est un phénomène fréquent et normal qui nous empêche de faire des choix difficiles de façon impulsive. Les personnes dans cette phase peuvent sembler embourbées dans un conflit approche-évitement particulièrement difficile à résoudre dans la mesure où le même but est vécu à la fois comme « attirant » et «repoussant ».

La perte de poids est en effet un objectif « attirant » dans la mesure où elle va permettre d'accéder au bien-être, mais il est aussi « repoussant » car il requiert pour y arriver, des efforts non négligeables ainsi que l'abandon de bénéfices.

Les personnes dans l'ambivalence envisagent un changement de comportement mais hésitent à renoncer aux avantages de la situation actuelle. On parle alors de balance décisionnelle, qui amène à comparer les pour et les contre d'un changement avec ceux de leur comportement actuel. Toujours selon *l'entretien motivationnel : le guide de formation (25),* Janis et Mann (1977) ont été les premiers à décrire un modèle de prise de décision en utilisant l'image d'une balance. D'un côté de la balance pèsent les éléments favorisant le statu quo et de l'autre les éléments favorisant le changement. Chaque élément de l'alternative possède des avantages et des inconvénients. Il existe en effet des bénéfices et un prix à payer à maintenir ou modifier un comportement. A ce stade de contemplation, les personnes restent immobilisées par leur ambivalence. L'exemple de l'adhérente *(A6)* illustre bien cette phase. Avant de s'inscrire au PANM, la patiente semblait consciente de son surpoids : *« je me rendais bien*

compte...Oui…Ben c'était euh de…. je me sentais ….grosse ». Toutefois, elle disait ne pas se sentir « *prête* » à modifier son comportement : *« mais j'avais pas envie, j'étais pas prête ».*

Décision

Le stade de Décision est un point théorique. Le patient prend effectivement la décision de modifier son comportement problématique. Il se sent prêt à démarrer la phase d'action dans un futur proche. Il détermine des décisions et commence à les organiser dans le temps. Cette prise de décision peut être temporaire et le patient peut vite revenir au stade de la Contemplation. L'adhérente *(A6)* décrit une phase de son parcours où elle se sent en *« révolution »* et commence à prendre des décisions allant dans le sens de la perte de poids.

Action

Le stade de l'Action constitue les premiers temps du changement effectif du comportement visant à la modification du style de vie. L'adhérente *(A6)* décide de mettre en pratique ses décisions : *« ça devait être septembre en fait, et donc je me suis inscrite dans une salle de sport, et donc je me suis dit : je vais prendre soin de moi ! »*

Maintien

Le stade de Maintien consiste en cette période suivant les premiers temps de l'arrêt d'un comportement où la personne tente de résister, pendant plusieurs mois, aux diverses tentations de retour au comportement problématique. L'adhérente *(A6)* suit le PANM et maintient les efforts nécessaires à aboutir à la perte de poids souhaitée.

Rechute

Ce stade explique comment les personnes peuvent revenir à leurs anciens comportements. Il est tout à fait normal qu'une personne rechute et il est fréquent qu'un individu doive s'y reprendre à cinq ou six fois avant de sortir de façon permanente du cycle du changement. Ceci ne constitue pas un manque de volonté ou une manifestation pathologique en soi, et peut être considéré comme un temps nécessaire à la réussite finale du processus. S'il rechute, le patient revient soit à l'étape de la Pré-contemplation, soit à la Contemplation.

Ce phénomène de rechute pourrait expliquer le grand nombre d'adhérents récidivistes constaté dans notre étude. En effet, six adhérents sur onze avaient déjà suivi le PANM, souvent plusieurs années auparavant, et tous avaient réussi à perdre du poids, certains ayant même atteint leur objectif final. Cependant, au fil du temps, de multiples facteurs pouvaient faire pencher la balance dans le sens du retour au comportement antérieur :

- L'installation d'une lassitude quant aux efforts à maintenir (d'autant qu'il devenait de plus en plus difficile aux adhérents de garder en mémoire l'intérêt de maintenir ces efforts, le besoin de maigrir ne se faisant plus sentir dans l'immédiat, puisqu'ils n'étaient plus obèses).
- L'impossibilité ou la difficulté à s'organiser pour se rendre aux réunions.

Rapport-Gratuit.com

- Les tentations alimentaires au quotidien chez des sujets déjà fragilisés.
- Des évènements de vie vécus comme douloureux (deuil d'un proche par exemple).

Ce retour à l'attitude antérieure apportait aux adhérents le soulagement dont ils avaient besoin à un moment précis. Par exemple, pour certains, manger pouvait temporairement soulager la peine de la perte d'un proche. Le problème était que ce comportement devait être régulièrement répété de façon à maintenir le soulagement sur le long terme. C'est ainsi que l'engrenage se réenclenchait.

Certaines personnes disaient avoir honte de se réinscrire au programme dès qu'elles constataient une petite reprise de poids. Elles tentaient donc de se prendre en charge seules, mais cela s'avérait inefficace. Elles finissaient par ré-adhérer au programme lorsque cette reprise devenait tellement importante qu'elle était plus gênante que la honte ressentie à revenir en réunion.

A la tentative suivante, les adhérents avaient appris de leurs erreurs (ne pas négliger la phase de stabilisation, revenir en réunion dès que la plus petite reprise de poids était constatée...), ce qui les fortifiait et leur permettait d'atteindre la prochaine étape du cycle.

Sortie permanente

Ce stade marque la réussite finale du processus dans lequel la personne consolide le stade de maintien.

2.2. Disposition au changement de Rollnick et Miller

L'entrevue motivationnelle : un guide de formation (25) nous amène à voir la *disposition au changement de Rollnick et Miller* comme un autre angle d'approche pouvant expliquer les éléments amenant à une modification du comportement, ici : « Ready, Willing and Able » en anglais. Pour modifier un comportement, le patient doit être prêt à le faire, cela doit être pour lui une question de priorité. Il doit aussi être disposé à initier ce changement, c'est-à-dire le vouloir. Enfin, il doit être persuadé d'en être capable.

Si l'on reprend l'exemple de l'adhérente *(A6),* au début de son parcours, elle ne semblait sentir ni prête, ni disposée, ni capable. En effet, la balance décisionnelle n'avait pas pesé en faveur du changement dans la mesure où *« ça allait pas trop mal comme ça finalement »*.

C'est une discussion avec une collègue qui elle, avait perdu beaucoup de poids, qui semble avoir enclenché le processus de changement : *« et c'est de voir cette collègue qui perdait du poids, sans forcément de contrainte, qui m'a fait prendre conscience que ben moi aussi je pouvais perdre du poids en fait ».* Elle était donc devenue « disposée » à le faire car avait pris conscience d'en être capable. Enfin, l'aggravation de la gêne ressentie ainsi que la phrase de sa collègue : *« ben si t'attends d'être prête tu seras jamais prête »*, l'ont aidée à passer à la phase « Ready ».

2.3. Aider les patients à initier un changement et à le maintenir : l'entretien motivationnel

Ces deux modèles nous conduisent à penser que pour aider les patients présentant une relation de dépendance à la nourriture, il pourrait être utile d'augmenter leur motivation au changement (bien qu'il existe des cas de guérison spontanée où les personnes réussissent à modifier leurs comportements sans aucune forme d'aide extérieure).

L'entretien motivationnel (EM) pourrait être une piste pour améliorer la prise en charge de ces patients. *Miller et Rollnick (26)* définissent l'entrevue motivationnelle comme étant une « *méthode de communication, directive et centrée sur le –patient- utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence* ». Elle est basée sur la collaboration aidant-aidé, la croyance en l'autonomie du patient et la capacité d'évoquer chez ce dernier la motivation au changement.

Adresser les patients obèses à un spécialiste de l'entretien motivationnel en plus de la prise en charge diététique pourrait être une piste. Il serait intéressant que les médecins généralistes bénéficient d'une formation à l'entretien motivationnel s'ils le souhaitent.

Nous pouvons faire un parallèle entre cette méthode d'entrevue motivationnelle et les techniques motivationnelles utilisées lors des réunions par les animatrices du programme. Il semble que le PANM puisse être adapté à ce type de patients présentant des tendances addictives à la nourriture, dans la mesure où l'accent est mis sur l'entretien de la motivation et la modification du comportement.

2.4. Les TCC dans la prise en charge du surpoids

Selon *l'association française de thérapies comportementales et cognitives (AFTCC) (27),* les TCC sont des prises en charge de la souffrance psychique préconisées dans le traitement de troubles psychologiques variés. Le postulat de base des TCC considère un comportement inadapté comme la résultante d'apprentissages liés à des expériences antérieures, puis maintenus par les contingences de l'environnement.

Pour l'adhérente *(A4)*, son « *mauvais* » comportement alimentaire s'expliquait en partie par l'attitude excessive de sa mère, qui avait pris l'habitude de la faire manger en excès, suite à une coqueluche qui lui avait fait perdre beaucoup de poids dans l'enfance. Du fait des nombreuses sollicitations environnementales, elle avait maintenu son comportement jusqu'à en ressentir de manière douloureuse les conséquences.

Les TCC visent, par un nouvel apprentissage, à remplacer le comportement inadapté par un comportement plus adapté à ce que souhaite le patient.

Dans le PANM, il semble que des tendances de TCC se profilent. En effet, les animatrices sont amenées à renforcer l'idée d'un nouveau comportement alimentaire, sain et équilibré, remplaçant le précédent, excessif et inadapté, à l'objectif de perte de poids. De plus, le changement durable du comportement par le maintien de la motivation à travers les réunions semble être considéré comme un critère majeur de réussite du parcours, tout comme dans les

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MEMOIRES

TCC. Selon les *recommandations de la HAS (7),* les TCC ont fait la preuve de leur efficacité dans la prise en charge de l'obésité. Il serait intéressant qu'elles soient plus fréquemment conseillées par le médecin traitant en association avec les conseils nutritionnels et d'activité physique.

3. Obésité et discrimination

Si l'amélioration de la prise en charge des patients obèses peut passer par une utilisation plus importante des techniques d'EM ou des TCC, il est aussi primordial que ces patients se sentent en confiance avec leur médecin, qui ne doit donc pas se montrer stigmatisant ou culpabilisant. Un certain nombre d'adhérents semblait pourtant ressentir un jugement du médecin, comparable à celui de leur entourage, et en grande partie lié aux représentations sociales de l'obésité.

3.1. Discrimination professionnelle

L'adhérente *(A1)* semblait s'étonner de constater la stigmatisation et la discrimination dont étaient victimes les personnes obèses et en particulier les femmes dans le milieu professionnel. Selon un sondage mené *par l'Ifop et le Défenseur des Droits auprès des demandeurs d'emploi (28),* l'un des premiers motifs de discrimination à l'emploi serait l'apparence. 29% des demandeurs d'emploi expliquaient avoir déjà vécu une discrimination liée à leur apparence physique et l'obésité était perçue comme l'un des facteurs les plus discriminants (75% des répondants la citaient comme facteur de discrimination après l'âge, le fait d'être enceinte, et le style vestimentaire).
Selon l'article *stigmatisation de l'obésité : causes, effets et quelques solutions pratiques (29),* cette stigmatisation est courante sur le lieu de travail, où les employés obèses sont souvent confrontés à des préjugés et à la discrimination, sous la forme notamment de pratiques d'embauche inéquitables, de salaires inférieurs, de possibilités de promotion réduites et de licenciements abusifs.

3.2. Discrimination au sein du système de soins

Certains adhérents craignaient d'être stigmatisés par leur médecin du fait de leur obésité, ce qui pouvait être un obstacle à leur prise en charge puisqu'ils faisaient le choix de ne pas aborder le problème, et avaient tendance à renoncer à des soins de santé préventifs ou à annuler des rendez-vous médicaux.

S'il peut être mal vu sur le plan social de faire remarquer à quelqu'un son surpoids, le médecin semble être celui qui est autorisé à le notifier sans que son regard soit perçu comme malveillant, puisque son but est d'alerter le patient sur un comportement à risques. Même quand le regard du médecin est bienveillant, il peut être vécu comme douloureux par le patient qui préfère, pour se protéger de cette discussion, créer une barrière avec son médecin :

« Mais non non non, mais j'ai pas été méchant mais je lui ai bien fait comprendre que c'était le sujet qu'il ne fallait pas aborder (A9) ».

L'adhérente *(A10)* évoquait avec émotion l'un de ses contacts avec son médecin à l'adolescence qui dès le début de la consultation, semblait avoir manqué de tact : *« ben vous en êtes grosse vous ! »*. La suite de la prise en charge lui avait semblé encore plus surprenante : *« Sans examen sans rien, il m'a dit : ben elle va prendre ça –des extraits thyroïdiens-, alors j'ai pris çà et là je me suis dit : ben mince les médecins ils voient qu'on est gros ! ».* Cette phrase nous a semblé intéressante car elle dénote une prise de conscience. En réalité, la patiente sait bien qu'un médecin peut *« voir »,* constater comme n'importe qui qu'une personne est en surpoids. Ce que sa remarque semble sous-entendre, c'est qu'elle réalise que le médecin peut avoir un regard réprobateur et stigmatisant au même titre qu'une personne lambda. Nous pouvons penser que la patiente se représentait le médecin comme quelqu'un de protecteur, mais ce manque de tact n'a pas été vécu comme tel.

Nous avons été étonnés de constater la réaction de colère engendrée par la proposition du médecin traitant de l'adhérente *(A2),* qui lui avait suggéré la chirurgie bariatrique.

En analysant ses propos, nous avons mis en évidence le fait que cette proposition du médecin lui renvoyait probablement une image de faiblesse. Dans ses représentations, le praticien l'avait certainement stigmatisée comme quelqu'un de paresseux, qui ne pouvait faire face au problème de l'obésité. Il n'avait pas évoqué la possibilité de la faire maigrir à l'aide de mesures nutritionnelles ou de sport, ces méthodes exigeant efforts et autodiscipline. Il avait donc considéré l'amputation d'un organe comme nécessaire et préférable pour contrôler son comportement alimentaire.

L'article *stigmatisation de l'obésité : causes, effets et quelques solutions pratiques (29)* corrobore l'idée que les personnes obèses font souvent état d'une stigmatisation du poids dans des environnements de soins. Les médecins, le personnel infirmier, les diététiciens, les psychologues et d'autres professionnels de santé adhèrent à des stéréotypes négatifs concernant les personnes obèses et en surpoids. Elles seraient paresseuses, faibles et incapables de faire preuve d'autodiscipline.

Or, la stigmatisation du poids a un impact majeur sur le bien-être psychologique et émotionnel des personnes, et peut entraîner des comportements qui vont encore exacerber le surpoids.

Pour une meilleure prise en charge du patient obèse, il est capital que le médecin parvienne à aborder avec lui le sujet du poids. Il doit donc améliorer le contact avec ce type de patients ainsi que sa pratique quotidienne. Nous avons pu formuler quelques pistes au regard de notre travail.

- Communiquer avec empathie
- Demander au patient la permission de le peser afin d'observer sa réaction et de savoir si le médecin est « autorisé » à aborder le sujet du surpoids.

- Ne pas émettre de commentaires lors de la pesée
- Utiliser des équipements ou des appareils de mesure adaptés à la morphologie des personnes obèses (tables d'examen plus larges, brassard à tensiomètre adapté...).
- Suivre régulièrement le poids du patient et pas uniquement quand on constate une modification de la morphologie, afin d'éviter qu'il ne se sente « pointé du doigt ».
- Mettre en avant les avantages d'un changement positif plutôt qu'interdire ou restreindre
- Reconnaître les progrès du patient.

Nous retrouvons une similarité entre certaines pistes que nous avons pu dégager de notre travail et les « *quelques solutions pratiques* » *(29)* proposées par *Rebecca Puhl*, directrice des initiatives de recherche et de lutte contre la stigmatisation au sein du centre Rudd pour la politique alimentaire et l'obésité de l'Université de Yale.

On pourrait imaginer une formation réservée aux professionnels de santé, afin de les sensibiliser au problème de discrimination et de leur soumettre des conseils pour améliorer leur prise en charge.

4. Relation médecin-patient

4.1. Manque de temps

Le manque de temps du médecin était l'un des principaux freins à une prise en charge correcte des patients obèses. On peut penser qu'il existe une discordance entre les représentations des médecins et celle des patients concernant le temps alloué aux consultations. L'une des adhérentes *(A6)* expliquait la colère de sa fille lors d'une consultation : *« parce que ma fille qui est plus forte, elle c'est pareil, elle avait été pour je sais plus quoi chez le médecin, comme elle y va pas souvent elle avait tout noté sur un papier, ce qu'elle avait besoin, pilule machin, arrivée au troisième truc, elle –le médecin-dit : ben faudra reprendre un rendez-vous pour le reste parce que là j'ai pas le temps, j'ai déjà pris du retard sur mon prochain rendez-vous, ça l'a offusquée….ouais elle me dit : « ben attends j'y vais pas souvent là je demandais ».*

La patiente est dans l'incompréhension face à l'attitude du médecin qu'elle va trouver expéditif, parce qu'elle n'a pas eu de réponses aux questions qu'elle avait préparées depuis longtemps et avec tant de soins. Elle semble être dans l'immédiateté, souhaitant que le médecin prenne en charge tous ses problèmes, et tout de suite. Elle ne penserait pas spontanément à prendre un autre rendez-vous, trouvant même ce procédé offusquant.

Cette réaction semble révéler une incompréhension mutuelle. Une meilleure explication de la part du médecin aurait peut être pu apaiser les tensions. Notifier au patient que l'obésité est un problème bien précis et important qu'il faut prendre le temps de traiter au cours de consultations spécifiquement dédiées, aurait été une manière de montrer l'intérêt qu'il porte à la question et l'investissement nécessaire pour prendre en charge ce problème.

Ce type d'incompréhension pouvant altérer la relation médecin-patient, une des pistes pour l'éviter serait que le médecin soit proactif dans le suivi du surpoids et le propose spontanément et régulièrement à la patiente.

4.2. Relation paternaliste

La relation médecin-patient a évolué pour passer d'un modèle paternaliste à un modèle de décision partagée, où le médecin informe le patient et tient compte de ses préférences afin de prendre une décision commune la plus adaptée à ses besoins.
Pourtant, nous notons que certains adhérents trouveraient utile que le médecin les informe en faisant preuve de plus de fermeté au point de leur *« faire peur ».* Ce type d'attitude évoque un retour vers le paternalisme.

4.3. Particularité de la relation médecin-patient professionnel de santé

Nous avons pu noter des particularités dans la relation médecin-patient quand le patient est un professionnel de santé.
Prenons l'exemple de l'adhérente *(A6)* qui était IDE. Elle disait ne jamais consulter son médecin traitant, et il ne lui serait pas non plus venu à l'idée de lui parler de son poids : « *est-ce que vous avez eu l'occasion d'en parler -du poids- à un professionnel de santé ? » : « Non…mais je suis infirmière moi* ». Cette réponse semble sous-entendre qu'en tant que professionnel de santé, elle n'aurait pas besoin de consulter pour ce problème, parce qu'elle est capable de faire sans l'aide du médecin. Il arrive que ces patients aient un médecin traitant qu'ils ne consultent que s'ils ont un problème grave ou intime, et un médecin connu à l'hôpital qui peut les prendre en charge pour d'autres problèmes au besoin. Leur suivi peut donc être difficile dans la mesure où soit le médecin traitant, soit le médecin de l'hôpital n'aura pas toutes les données de leur dossier. D'autre part, le médecin traitant peut être connu ou connaître le patient, soit sur le plan professionnel, soit sur le plan personnel, ce qui peut diminuer l'objectivité de la relation et poser des difficultés.

4.4. Rôle du médecin traitant

Si nous comparons les représentations des adhérents concernant le rôle attribué au médecin traitant aux recommandations de la HAS *(7)*, nous retrouvons une similarité.
Les adhérents semblaient penser que le médecin traitant avait un rôle de prévention, d'alerte, de diagnostic, de PEC psychologique, d'orientation, de suivi, et de formation. Il devait faire preuve d'empathie et ne pas culpabiliser, juger le patient, comme préconisé dans les recommandations de bonne pratiques de la HAS.
Le problème réside dans le fait qu'en pratique, certains patients estimaient que *« le travail n'était pas fait (A2) »,* et qu'il y avait des points sur lesquels le corps médical *« devait encore travailler ».* Certains semblaient avoir ressenti des jugements de la part de leur

médecin voire une certaine brutalité des propos. D'autres n'avaient jamais été pesés alors qu'ils présentaient une obésité morbide. D'autres encore n'avaient pas été alertés sur les risques de leur surpoids ou sur les méthodes d'amaigrissement utilisées.
Nous avons pu noter que certaines méthodes d'amaigrissement conseillées par les médecins, telles le recours à une diététicienne en vue d'une éducation diététique, correspondaient aux recommandations de la HAS. D'autres pratiques, comme la prescription de médicaments n'ayant pas l'AMM dans le surpoids ou l'absence d'incitation à l'activité physique, ne respectaient pas ces recommandations.

Nous avons été surpris par les sentiments ambivalents des patients quand un manque d'information de la part du médecin était constaté. D'un côté, ils pouvaient trouver cette attitude répréhensible puisque cela faisait partie du rôle qu'ils attribuaient au médecin. D'un autre côté, il semblerait qu'inconsciemment ou pas, ils pouvaient y trouver une certaine satisfaction. En effet, si le médecin n'alertait pas, c'est qu'il n'y avait pas de problème. Ils pouvaient donc persévérer dans ce comportement qui finalement n'était pas perçu comme si néfaste, mais qui par contre, apportait des bénéfices.

Enfin, d'autres adhérents considéraient bien le surpoids comme une maladie, mais pensaient quand même que le médecin traitant n'avait pas de rôle à jouer dans sa prise en charge parce que les expériences qu'ils avaient pu avoir précédemment leur avait montré qu'il ne « *sait pas faire* ». Ces patients ayant compris que leur médecin n'était pas compétent pour prendre en charge leur obésité, et ne voulant pas le mettre en difficulté, ils semblaient faire le choix, conscient ou pas, de le protéger d'un échec en n'abordant pas le sujet.

L'un des rôles du médecin était, pour la majorité des adhérents, d'orienter ses patients vers des méthodes efficaces, sûres et adaptées.
Le PANM, programme complet associant une base nutritionnelle équilibrée à une prise en charge psychologique, motivationnelle, et à l'incitation à l'activité physique, pourrait être le type de méthodes vers lequel les médecins pourraient orienter leurs patients obèses. On pourrait imaginer la prescription sur ordonnance de ce type de méthode par le médecin. Afin d'éliminer un conflit d'intérêt médecine-industrie, et d'avoir le plus grand choix de méthodes possible, la prescription ne serait pas uniquement limitée à ce PANM mais à tout PANM de ce type qui aurait fait l'objet d'études au préalable. Ces études, indépendantes, devraient montrer l'efficacité et la sécurité de ces méthodes.

Pour ce PANM, des études cliniques indépendantes ont été réalisées, permettant de constater les effets de la prescription du programme par des professionnels de santé sur une durée de 12 semaines *(30), (31), (32)*. Les résultats montraient qu'à court terme, il permettait une perte de poids significative. Des améliorations étaient aussi notées au niveau des facteurs de risque cardiovasculaire et des comportements alimentaires associés à la perte de poids à long

terme. En France, certaines mutuelles prennent en charge une partie des frais déboursés pour suivre ce programme, sous certaines conditions (jusqu' à 50%des frais en fonction de l'abonnement choisi, dans la limite de trois mois d'abonnement, sur douze mois consécutifs) *(13).*

Nous nous sommes toutefois interrogés sur l'utilité d'orienter vers ce type de méthodes, des personnes présentant un surpoids non lié à un comportement alimentaire addictif, mais à une simple méconnaissance des règles hygiéno-diététiques par exemple. Se pourrait-il que pour ce type de patients, une prise en charge classique suffise (simples conseils hygiéno-diététiques associés à une incitation à l'activité physique et à un suivi régulier par le professionnel de santé) ?
Pour explorer de manière plus poussée la distinction entre les différents types de patients identifiés (Patients présentant de réels TCA, patients présentant des tendances addictives à la nourriture, ou patients ayant une méconnaissance des bases nutritionnelles), il aurait été intéressant d'interroger les adhérents en tenant compte des critères du DSM IV, mais cela n'était pas l'objectif de l'étude. Il aurait aussi été utile d'avoir le point de vue d'adhérents au PANM en échec, afin de savoir si par exemple, présenter des TCA pouvait être un facteur d'échec à l'utilisation de ce type de PANM.

Le médecin traitant joue ici un rôle primordial car c'est lui qui est en mesure de différencier ces types de patients. Cette distinction est importante puisque les patients présentant des TCA devront bénéficier d'une prise en charge psychologique spécialisée, d'autant que lors de l'inscription au PANM, il est précisé que les « *produits*- du PANM - *proposés ne conviennent pas aux personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire reconnus par leur médecin tels que l'anorexie ou la boulimie* » *(13).*

La prescription de l'activité physique sur ordonnance est une piste qui nous paraît importante pour augmenter la motivation à pratiquer un sport. L'étude *les médecins généralistes et la prescription d'activité physique* réalisée par *l'Ifop (33)* indique que ces praticiens s'impliquent déjà largement dans la prescription du sport comme thérapeutique et sont, à plus de 80 %, favorables à l'amendement du sport dans la loi de santé *(34).*

5. Quelles pistes pour une meilleure prise en charge de nos patients obèses ?

Au regard de notre travail, nous pouvons voir émerger quelques pistes pour aider les médecins généralistes à améliorer leur prise en charge des patients obèses. Elles sont synthétisées ci-dessous :

- Communiquer avec empathie
- Eviter tout propos stigmatisant ou culpabilisant
- Expliquer au patient l'importance du problème de l'obésité qui nécessite du temps pour être abordé, ce qui implique des consultations spécifiquement dédiées
- Demander au patient l'autorisation de le peser
- Ne pas émettre de commentaires lors de la pesée
- Suivre régulièrement le poids du patient
- Utiliser des équipements et appareils de mesure adaptés à la morphologie des personnes obèses.
- Mettre en avant les avantages d'un changement positif plutôt qu'interdire ou restreindre
- Identifier et distinguer les patients présentant un surpoids lié à une méconnaissance des bases nutritionnelles, de ceux ayant une « tendance addictive », de ceux souffrant de TCA.
- Orienter ces patients en fonction du travail d'identification préalable, soit vers ce type de PANM, soit vers des psychiatres spécialisés dans les TCA, soit vers des spécialistes en TCC ou en EM.
- Envisager la prescription de ce type de PANM et de l'activité physique sur ordonnance
- Reconnaître les progrès du patient.
- Renforcer la formation à l'entretien motivationnel durant les études médicales.
- Proposer aux médecins généralistes plus de formations à l'entretien motivationnel ou à la TCC.
- Sensibiliser les professionnels de santé à la lutte contre la discrimination liée à l'obésité, via des formations par exemple.

CONCLUSION

De nos jours, de nombreux patients obèses semblent se diriger d'eux-mêmes vers des méthodes d'amaigrissement payantes éloignées du système de soins conventionnel, sans forcément en avoir parlé à leur médecin traitant. Notre étude, en explorant les représentations de ces patients concernant le surpoids et le système de soins, a pu expliquer les raisons qui les poussaient à adhérer à ce type de PANM.

La plupart des adhérents se représentaient leur médecin traitant comme une bonne ressource pour perdre du poids du fait de ses compétences médicales et de la connaissance de leur patient. Pour eux, le médecin avait un rôle primordial dans la prévention, le diagnostic, l'alerte, le suivi, et la gestion des complications de l'obésité.

Pourtant, dans la majorité des cas, les adhérents ne se tournaient pas vers lui pour régler leur problème de poids, car il ne semblait pas être considéré comme l'interlocuteur privilégié pour ce problème. En effet, certains patients estimaient que le médecin manquait de temps et parfois d'intérêt pour la question du surpoids. Un manque d'affinités dans la relation ainsi que la crainte d'un jugement de la part de leur médecin étaient autant de freins à l'abord de la question du poids en consultation.

Bien qu'ils établissent clairement un lien entre l'obésité et ses complications sur la santé, ce sont les conséquences de ce surpoids sur leur vie quotidienne qui étaient les moins bien vécues. Certains d'entre eux ne se représentaient pas l'obésité comme une maladie, mais comme un problème esthétique qui ne concernait pas le médecin.

En dehors de la chirurgie bariatrique qui pouvait être considérée par certains adhérents comme une « *solution de facilité* » invasive, les adhérents avaient expérimenté, parfois même à plusieurs reprises, la plupart des méthodes d'amaigrissement proposées par le système de santé conventionnel.

Les résultats de ces méthodes sur leur perte de poids ne semblant pas à la hauteur des attentes des adhérents, et se sentant abandonnés par le système de soins, ils se dirigeaient vers ce type de programmes certes onéreux, mais réputés « simples », « efficaces », « sécurisés », et qui mettaient l'accent sur l'entretien de la motivation.

On pouvait observer que certains adhérents semblaient vivre leur obésité comme une addiction du fait de leur relation de dépendance à la nourriture. Ils étaient amenés à passer par différents stades complexes avant d'être enfin disposés au changement et au maintien du nouveau comportement qui pouvait leur permettre d'atteindre leur objectif.

Si la prise en charge nutritionnelle et l'incitation à l'activité physique restent des piliers de la perte de poids, l'entretien motivationnel, trop peu utilisé dans ce contexte, pourrait être un chaînon manquant dans la prise en charge du surpoids. Les TCC ont aussi fait la preuve de leur efficacité et pourraient être un moyen d'améliorer l'aspect psychologique de la prise en charge. Orienter les patients ayant une tendance addictive vers le type de PANM étudié pourrait être une autre piste. La prescription de l'activité physique sur ordonnance pourrait être un axe supplémentaire, permettant de renforcer le caractère incitatif à la pratique du sport.

Enfin, la lutte contre la stigmatisation de l'obésité au sein du système de soins est capitale afin d'améliorer la relation médecin-patient obèse et la prise en charge de ces derniers.

Rapport-Gratuit.com

BIBLIOGRAPHIE

1. Obésité et surpoids,OMS, janv 2015;(Aide-mémoire N°311). Disponible sur: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/fr/

2. Arnaud basedevant, Obésité, Inserm. 2014 .Disponible sur: http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/dossiers-d-information/obesite

3. Corinne Le Goff, Eveline ESCHWEGE, Marie-Aline CHARLES, Arnaud basdevant. OBEPI 2012 Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids, Inserm, 2012

4. Anne Doussin, Sylvie Dumesnil, Philippe Le Fur, Enquête santé et protection sociale. IRDES; 2002 déc. Report No.: 517.

5. Plan_Obesite_2010_2013.pdf. © Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; 2011 juill.

6. Pr François Pattou, Programme régional de lutte contre l'obésité 2014-2018, 2014 2018 p. 45-47.

7. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Haute Autorité de Santé. 2011 sept.

8. Dr Y.Obadia. La prise en charge en médecine générale de ville du surpoids et de l'obésité": résultats d'une enquête auprès du panel de médecins généralistes de la région Provence Alpes Côte d'Azur. Regard santé N°7. ORS PACA-INSERM U 379. mars 2005.

9. Torgerson JS, Sjöström L. The swedish Obese Subjects (SOS) study-rationale and results. international journal of obesity and related metabolic disorder. mai 2001.

10. Price JH1, Desmond SM, Krol RA, Snyder FF, O'Connell JK. Family practice physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding obesity. American journal of preventive medecine. 3(6).

11. Laurence Lebas, sous la direction de Brigitte Monnier. Expériences, opinions et attentes d'adultes obèses concernant leur prise en charge en médecine générale : étude qualitative par la méthode des groupes focalisés. [Doctorat d'université médecine]. Nice , Sophia Antipolis; 2009.

12. David dauba. Weight Watchers. A vos marques. BFM business; 2013.

13. Weight Watchers [Internet]. Disponible sur https://www.weightwatchers.com/fr/offres-produits-minceur-ww

14. Outils HAS- guide d'entretien initial. HAS. 2011.[Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201303/10irp02_fiche_memo_obesite_adulte_guide_d_entretien_initial.pdf

15. Outil HAS- bilan initial d'un excès de poids. HAS. 2011.[Internet].Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201303/10irp02_fiche_memo_obesite_adulte_bilan_initial_d_un_exces_de_poids.pdf

16. Outils HAS - conseils pratiques alimentation.HAS.2011. [Internet].Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_cons_pra_obesite_adulte_conseils_pratiques_alimentation.pdf

17. Outils HAS-conseils pratiques actvités hysiques.HAS.2011. [Internet].Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201303/10irp02_cons_pra_obeiste_adulte_conseils_pratiques_activites_physiques.pdf

18. Outils HAS-Prise en charge de l'obésité.HAS.2011.[Internet].Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201303/10irp02_fiche_memo_obesite_adulte_prise_en_charge_de_l_obeiste.pdf

19. Outils HAS-il n'y a pas lieu de.HAS.2011.[Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201312/surpoids_et_obesite_de_ladulte_il_ny_a_pas_lieu_de.pdf

20. Outils HAS-Table IMC.HAS.2011.[Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201303/10irp02_fiche_tech_obesite_adulte_table_d_indice_de_masse_corporelle.pdf

21. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. HAS. 2011 avr.

22. Bouthaïna El Otmani, sous la direction du Dr Cailliez Eric. Pratiques de contrôle du poids et implication des médecins généralistes [Médecine générale]. Faculté de médecine d'Angers; 2015.

23. A.M. Pinto et Al, Baruch college. Combining behavioral weight loss treatment and a commercial program : a randomized clinical trial. Obesity. 2012

24. Julien Daniel GUELFI, Marc-Antoine CROCQ. DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4ème édition. 675-90, 841 p. (MASSON).

25. Vincent Rossignol, Thomas G.brown. L'entrevue motivationnelle: un guide de formation. 2001

26. William R. Miller, Stephen Rollnick. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement 2ème édition. Cananda: Interéditions; 2013.

27. AFTCC. Les thérapies comportementales et cognitives. 2015.

28. Jérôme Fourquet, Fabienne Gomont. Enquête sur la perception des discriminat ions par les demandeurs d'emploi. IFOP, Défenseur des droits, Organisation Internationale du travail; 2013 oct. Report No.: 111 351.

29. Rebecca Puhl. Stigmatisation de l'obésité : causes, effets et quelques solutions pratiques. Diabetes Voice. mars 2009;54(1):25-8.

30. O'Neil P, Cronan G, *et al*. Changes in Dietary Energy Density With Participation in a 12-Week Weight Loss Trial Using a Commercial Format. Obesity 2010; 18

31. Milsom V, Malcolm R, *et al*. Changes in cardiovascular risk factors with participation in a 12-week weight loss trial using a commercial format. *Obesity Reviews* 2010; 11

32. O'Neil P, Boeka A, *et al*. Changes in weight-related behaviors and hedonic hunger with participation in a 12-week weight-loss trial using a commercial format. *Annals of Behavioral Medicine* 2010; 39

33. Les médecins généralistes et la prescription d'activité physique. Ifop; 2015 oct.

34. Amendement Fourneyron N° 917. 2015 mars. Report No.: Santé-(N° 2673).

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Sexe et classes d'âge des adhérents ..... PAGE 7

Figure 2 Tendance d'avolution du poids et de l'IMC en fonction du parcours ..... PAGE 8

TABLE DES MATIERES

PLAN **12**
RÉSUMÉ **1**
INTRODUCTION **2**
MATÉRIEL ET MÉTHODES **5**
1. Critères d'inclusion **5**
2. Critères d'exclusion **5**
3. Échantillonnage **5**
4. Modalités de recrutement des adhérents **5**
5. Conditions de recueil et d'enregistrement **6**
6. Moyen de retranscription des entretiens **6**
7. Stratégie d'élaboration du guide d'entretien **6**
8. Méthode d'analyse des données **6**
RÉSULTATS **7**
1. Population de l'étude **7**
2. Thématiques **9**
2.1. Le PANM 9
2.1.1. Les caractéristiques du programme 9
a) Un programme nutritionnel basé sur l'équilibre alimentaire 9
b) Des réunions hebdomadaires indispensables 9
c) Des « aides minceur » rassurantes 11
d) L'incitation à l'activité physique 11
e) Une méthode efficace 11
f) Du régime au rééquilibrage alimentaire 12
g) Controverse autour de l'absence du milieu médical 13
2.1.2 Le PANM : un programme commercial 14
a) Un aspect onéreux acceptable 14
b) Des techniques marketings à la réussite du parcours 14
2.1.3. Les hommes dans le programme 15
a) Une population minoritaire 15
b) Des débuts méfiants 15
c) Un parcours de sportif 15
d) Des comportements sexués 16
e) Une position maternante de l'épouse 16
2.2 Les représentations de l'obésité 16
2.2.1 Définition de l'obésité : tout sauf l'IMC 16
a) L'obésité : un excès de poids 17
b) L'obésité : une gêne quotidienne 17
c) Etre obèse c'est être « hors-normes » 17
d) « Être obèse c'est manger » 20

e) L'obésité : un legs 21
f) L'obésité : un handicap à vie 21
2.2.2. Des causes multiples du surpoids 22
2.2.3 Des représentations variables de l'obésité 22
2.3. L'expérience de l'obésité 23
2.3.1. Le vécu du surpoids : une souffrance au quotidien 23
2.3.2 Le parcours chaotique des adhérents 23
a) Maigrir nécessitait un déclic 23
b) Maigrir nécessitait une préparation psychologique 24
c) Une multitude de régimes 25
d) Pourquoi ce PANM ? 26
2.3.3. La perte de poids avec le PANM : un parcours parfois difficile mais serein 26
a) Un parcours plus ou moins régulier 26
b) Une perte de poids lente et sécurisée 26
c) Un amaigrissement responsable 26
d) Objectifs de poids 27
e) Une reconnaissance valorisante 28
f) De nombreux récidivistes 28
2.3.4 Et après ? 28
a) La perte de poids : une renaissance 28
b) Regard valorisant sur la nouvelle image 29
c) Une surveillance à vie 30
d) Un besoin de transmission 30
2.4 Les représentations du système de soins conventionnel 30
2.4.1. La Relation médecin-patient 30
a) Une communication souvent sans tabou 30
b) Une communication parfois difficile 31
c) Le relationnel était primordial 33
2.4.2 Le médecin avait un rôle important à jouer dans le problème de l'obésité 33
a) Un rôle lié à ses compétences médicales 34
b) Un rôle lié à ses qualités humaines 35
2.4.3 La PEC de l'obésité par le système de soins conventionnel 35
a) Le médecin traitant n'était pas l'interlocuteur privilégié 35
b) Les professionnels de santé en tant que ressource pour la perte de poids : des avis partagés 36
c) Les professionnels de santé proposaient des méthodes d'amaigrissement variées 37

DISCUSSION 41

1. Critique de la méthode 41
1.1. Population étudiée 41
1.1.1. Choix de la population obèse 41
1.1.2. Limites de la population recrutée 41
1.1.3. Choix de l'âge de la population 41
1.1.4. Temps d'adhésion 41
1.1.5. Critères d'exclusion 42
1.2. Choix de la méthode et questionnements éthiques 42
1.2.1. Pourquoi d'autres méthodes non médicales de régimes n'ont-elles pas été interrogées ? 42
1.2.2. Est-il possible de certifier l'absence de risque de récupération des résultats du travail par la société commerciale ? 42

1.3. Entretiens 43
2. Le surpoids : conséquence d'une addiction 43
2.1. Modèle de Prochaska et DiClemente (1982) 44
2.2. Disposition au changement de Rollnick et Miller 46
2.3. Aider les patients à initier un changement et à le maintenir : l'entretien motivationnel 47
2.4. Les TCC dans la prise en charge du surpoids 47
3. Obésité et discrimination 48
3.1. Discrimination professionnelle 48
3.2. Discrimination au sein du système de soins 48
4. Relation médecin-patient 50
4.1. Manque de temps 50
4.2. Relation paternaliste 51
4.3. Particularité de la relation médecin-patient professionnel de santé 51
4.4. Rôle du médecin traitant 51
5. Quelles pistes pour une meilleure prise en charge de nos patients obèses ?54
BIBLIOGRAPHIE 56
LISTE DES FIGURES 58
TABLE DES MATIERES 59
ANNEXES I

ANNEXES

Annexe 1 : Demande d'autorisation de la réalisation de l'étude adressée à la directrice du développement du PANM.

université angers | FACULTÉ DE MÉDECINE

DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Pr. Jean-François HUEZ
Professeur
Coordonnateur du D.E.S. de Médecine générale
jean-francois.huez@univ-angers.fr

Pr. François GARNIER
Professeur
Directeur du Département
francois.garnier@univ-angers.fr

Pr. Céline BARON
Professeur
Directrice des programmes
celine.baron@univ-angers.fr

Dr Éric CAILLIEZ
Maitre de conférences
eric.cailliez@univ-angers.fr

Dr Laurent CONNAN
Maitre de conférences
laurent.connan@univ-angers.fr

Dr Catherine de CASABIANCA
Maitre de conférences
catherine.decasabianca@univ-angers.fr

Dr William BELLANGER
Maitre de conférences
william.bellanger@univ-angers.fr

Dr Aline RAMOND-ROQUIN
Chef de clinique au Québec
aline.ramond@univ-angers.fr

Dr Cyril BEGUE
Chef de clinique
cyril.begue@univ-angers.fr

Secrétariat
Julie GAULTIER
Tél. 02 41 73 58 10
julie.gaultier@univ-angers.fr

Marie-Andrée MILANI
Tél. 02 41 73 59 43
marie-andree.milani@univ-angers.fr

Madame,

Je me permets de vous contacter suite à ma discussion avec –nom de l'animatrice-, animatrice à Angers, qui a bien voulu me transmettre vos coordonnées.

Actuellement médecin généraliste remplaçant à ANGERS, je dois préparer ma thèse afin de finaliser mes études de médecine. Inspirée par le discours de nombreux patients, j'ai choisi d'étudier les représentations de patient(e)s participant à un –PANM- sur la prise en charge de leur surpoids par les médecins généralistes. De manière plus précise, il s'agirait d'interroger les patient(e)s sur leurs parcours, leurs représentations et vécus du surpoids, ainsi que sur leurs différentes expériences lors de leurs contacts avec le monde médical.

Mais pourquoi choisir d'interroger des patientes inscrites – à votre organisme- ?

Premièrement, parce que j'ai remarqué que lors de mes consultations, quand je parle perte de poids avec les patient(e)s, le nom de votre organisme est celui qui est cité de manière récurrente. De même, plusieurs collègues médecins m'ont dit eux-mêmes, orienter fréquemment leur patient(e)s vers –votre programme- pour la prise en charge de leur surpoids.

Il paraît donc intéressant d'essayer de comprendre les raisons de l'engouement pour cette méthode de perte de poids et l'abandon d'une prise en charge classique par les médecins généralistes ou le système de soins.

Plusieurs thèses de médecine générale ont exploré le vécu des patient(e)s concernant la prise en charge de leur surpoids, mais le plus fréquemment en sélectionnant une patientèle consultant en médecine générale, chez des médecins spécialisés en nutrition, voire dans des centres de nutrition.

A ma connaissance, peu de thèses ont été réalisées en France jusque-ici en s'appuyant sur le vécu des patient(e)s choisissant de prendre en charge leur problème de surpoids en dehors du système de soins « traditionnel », et en particulier –avec votre méthode- .

Je pense pourtant que cela pourrait apporter une autre dimension et un éclairage nouveau à ce type de travail.

Le recueil de données se ferait lors d'entretiens avec les patient(e)s après obtention de leur accord, les données seraient anonymisées. Seules les informations personnelles qu'ils livreraient eux-mêmes seraient recueillies en respectant vos clauses de confidentialité. En dehors de la présentation traditionnelle (médecin remplaçant en année de thèse), ces patient(e)s n'auraient aucune information concernant mon propre parcours afin de ne pas entraîner de biais dans leurs réponses. Etant moi-même à la fois médecin et inscrite au programme, il me semble évident qu'afin de rester la plus objective et impartiale possible, la sélection des patient(e)s ne pourrait être réalisée que parmi des groupes auxquelles je n'ai jamais participé.

Toujours dans un souci de neutralité, les informations récoltées à l'issu des entretiens ne sauraient évidemment être utilisées ni à des fins promotionnelles ni à des fins délétères que ce soit par moi ou votre organisme, le but de cette étude étant de pouvoir réellement laisser la parole aux patient(e)s et de permettre une réflexion sur la prise en charge globale des personnes en surpoids.

Les résultats de ce travail ne pourront être utilisés à des fins promotionnelles par votre organisme mais ce travail sera accessible sur le site des thèses de l'université d'Angers.

Tout en étant consciente des nombreuses difficultés qui pourront être rencontrées lors de la réalisation d'une telle étude, je reste persuadée que ce travail peut être vraiment enrichissant concernant la prise en charge des problèmes de surpoids des patients. Si ce travail vous paraît réalisable au regard du fonctionnement de votre organisme, et que vous ne voyez pas d'inconvénients à me permettre de réaliser des entretiens avec les patient(e)s adhérent(e)s, je souhaiterais vous rencontrer afin de discuter de manière plus détaillée du projet.

Dans l'attente d'une réponse favorable à ma demande, je vous remercie.

Cordialement

Faculté de médecine I Département de Médecine générale
Rue Haute de Reculée I 49045 ANGERS CEDEX 01 I Tél. 02 41 73 58 10 I Fax 02 41 73 58 38

Annexe 2 : Courrier-réponse de la directrice du développement de l'organisme (Nom commercial du PANM et coordonnées de la directrice supprimés par souci éthique et d'anonymat).

Objet : Thèse de médecine générale

Chère madame,

Je vous confirme que nous vous avons autorisé à faire votre étude en recrutant des adhérents, - du programme - mais qu'en aucun cas les données ou résultats de votre thèse ne seront utilisés ou même cités, à des fins publicitaires.

Avec mes cordiales salutations

Fait à Guyancourt le 2 décembre 2015

Directrice Recherche et développement

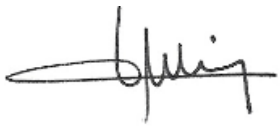
Annexe 3 : Avis du comité d'éthique

Suite à votre présentation des modifications apportées à votre projet de thèse, à savoir de supprimer dans la rédaction le nom de W.W remplacé par "programme d'amaigrissement non médicalisé", le comité a estimé que celui-ci ne soulevait plus d'interrogation éthique.

Bien cordialement

Pr J. Dubin,

Président du comité d'éthique du CHU d'ANGERS



Annexe 4 : Grille d'entretien

Bonjour, je suis actuellement médecin généraliste remplaçant à Angers et je prépare ma thèse afin de finaliser mes études de médecine. Pour cela, j'ai choisi de travailler sur le surpoids. Le but est de vous donner la parole afin de mieux comprendre comment vous percevez les choses. Cet entretien sera anonyme et enregistré avec votre accord. Nous pouvons bien évidemment à tout moment à votre demande, suspendre ou arrêter l'enregistrement.

1) Qu'est-ce qui vous a poussé à aller -vers ce programme- ?
2) Comment avez-vous connu le programme? Depuis quand le suivez-vous ? Comment expliquez-vous le fait que vous suiviez encore ce programme après au moins 3 mois ?
3) Pour vous c'est quoi être trop gros ?
4) Comment vivez- vous (ou avez-vous vécu) votre excès de poids, quelles conséquences cela a-t-il (ou a-t-il eu) dans votre vie ?
5) Comment avez-vous essayé de perdre du poids auparavant ? Qui vous a aidé ? Qu'est-ce qui vous a manqué ? Aviez-vous déjà suivi le programme auparavant?
6) Pour vous, c'est quoi un régime ?
7) Racontez-moi la première fois où votre poids a été évoqué lors d'une consultation avec votre médecin ? Que vous a-t-il proposé pour prendre en charge ce problème de poids ? Qu'avez-vous pensé de cette prise en charge ?
8) Avez-vous rencontré des difficultés particulières à en parler ?
9) Pensez-vous que votre Médecin généraliste pourrait être une ressource pour perdre ? comment et pourquoi ? Est-il le meilleur interlocuteur pour vous ?
10) Y'a-t-il un point que vous souhaiteriez aborder et que je n'ai pas évoqué ?

Profil de l'adhérent :

11) Date de naissance
12) Profession
13) Statut marital et enfants
14) Taille
15) Poids au début du parcours
16) Poids à actuel
17) Objectif de poids
18) IMC
19) Depuis combien de temps êtes-vous adhérent(e)?

Rapport-Gratuit.com

Annexe 5 : Entretiens

ENTRETIEN ADHERENT *(A5)*

Le 28/05/2015 - salle réservée à la bibliothèque Saint-Serge – Durée : 54 minutes

Propos du chercheur *: **en gras*** - Propos de l'interviewé : police normale

Je suis le seul homme hein dans les réunions...

Vous êtes le seul homme c'est vrai ? Mais c'est vrai qu'il n'y a pas beaucoup d'hommes, quand je suis allée recruter euh… ouais ouais y'avait pas…

Dans la réunion, y'a en général une quarantaine de femmes…et je suis le seul homme *(rires).*

Et comment ça se passe, ça va, vous êtes à l'aise ?

Ben je suis très à l'aise hein, au début j'étais avec ma femme, hein, c'est elle qui m'a traîné là-bas, et puis ben je voulais pas y aller hein, et puis ça s'est bien passé, maintenant j'y vais tout seul, sans problème.

Justement vous ne vouliez pas y aller pourquoi au départ ?

Ben euh… j'y croyais pas trop déjà, et puis euh la première semaine, j'ai eu des bons résultats et la deuxième aussi, et j'ai toujours eu des bons résultats sauf la semaine dernière j'avais une angine, des antibiotiques et tout, donc j'ai repris un kilo cent (1kg100)…Mais euh…Je vous ai amené mon petit…

Le petit carnet minceur ?

Alors, voyez, donc j'ai dix étoiles j'ai perdu trente kilos (30 kilos). *(L'adhérent me montre le carnet où je peux voir toute l'évolution pondérale).*

Ah oui oui c'est impressionnant hein !

Alors vous voyez, j'ai toujours perdu, j'ai toujours perdu, sauf ben la semaine dernière là, j'ai repris un kilo cent, parce que ben j'étais malade mais autrement j'ai toujours perdu.

Ben justement, si vous voulez on va calculer, bon j'avais l'intention de vous le demander après, mais comme vous m'en parlez. Donc en fait au départ vous étiez à cent-quinze kilos six (115.6 kg) c'est ça hein ?

Oui…115.6.

Vous mesurez combien ?

1m67.

1m67...

Ma femme m'a dit emmène ça, tu vas… *(L'adhérent me montre une photo de lui à l'époque où il avait 30 kg de plus, une corpulence plus importante, il porte des béquilles).*

Avec les photos, ah ben oui, ah oui, clairement on voit la différence, oui oui...

Je pouvais plus marcher hein…je pouvais plus marcher.

Vous aviez des béquilles là c'est par rapport à ça ?

Ouais, je pouvais plus marcher, je devais me faire opérer des lombaires, j'ai un rétrécissement du canal lombaire, avec les nerfs qui passent, qui pincent, et le chirurgien m'a dit : « perdez 15 kg pour que je vous opère », et en fin de compte j'en ai perdu 30, et je vais pas me faire opérer.

Vous aviez des douleurs en fait ?

J'en ai toujours le matin, mais ça se passe dans la journée, avant j'en avais en permanence.

Donc des douleurs dans le bas du dos, en dehors de ça vous avez eu…

Dans le bas du dos, dans la cuisse, dans le mollet, dans la jambe, ça descendait.

Et du coup en dehors de ça vous avez eu d'autres douleurs ou d'autres symptômes ?

J'ai eu des douleurs cervicales mais je pense pas que…j'avais eu y'a une dizaine d'années des grosses douleurs cervicales, mais euh…

Pour vous c'est…vous avez dit « je pense pas », vous pensez pas que …

Ben je ne pense pas que les cervicales avaient un rapport avec le poids, mais maintenant je me rends compte que, le poids, ça joue sur plein de choses hein.

Et ça jouait sur quoi justement pour vous ? Vous m'avez parlé des lombalgies mais...

Moi j'avais pas du tout de problèmes sanguins, j'ai pas de diabète, pas de cholestérol, j'en ai jamais eu, parce que ma femme cuisine pas gras et sucré, donc j'ai jamais eu de problèmes, euh…par contre moi c'était les quantités, je mangeais trois grosses assiettes hein, j'en mange plus qu'une hein, et puis, ben plus équilibré hein….parce qu'une grosse assiette de spaghetti euh ça me gênait pas hein.

D'accord, et justement comment vous viviez ce surpoids ?
Alors je le vivais…bien, parce que j'ai jamais eu de problème dans ma tête, parce que j'étais artisan, je faisais 15 heures par jour, et puis je m'occupais pas de moi, et puis comme ma femme a eu quatre cancers, donc je m'occupais d'elle et de mon travail , et moi c'est…moi j'ai zappé sur ma vie quoi, et je suis en retraite depuis un an, et depuis un an j'ai dit : « bon ben , je vais me reprendre en main si je veux aller plus loin dans ma retraite , si je veux profiter de ma retraite ».
Ben oui d'accord ok… (Petite pause) ***Donc en fait ce que vous dites c'est que au départ, vous ne l'avez pas mal vécu parce que finalement c'est quasiment passé inaperçu…parmi tous les problèmes que vous aviez dans votre vie ?***
Et puis moi j'étais dans mon atelier, je bougeais pas sur 1m² quoi, j'avais AUCUNE activité physique ! Et maintenant je fais cinq à dix kilomètres (km) par jour… à pied hein, pas en courant, à pied… j'ai commencé par un km, deux km, et là j'en suis…souvent j'en fais dix dans la journée hein, cinq le matin, cinq le soir.
Oui vous me disiez que vous marchiez justement pour venir… oui oui…d'accord
Donc finalement vous l'avez pas mal vécu parce que voilà…vous aviez d'autres… (L'adhérent m'interrompt)
C'était ma femme qui le vivait mal, parce qu'elle me disait : « t'as vu à quoi tu ressembles et tout? Tu devrais faire quelque chose » ! Elle m'a dit ça pendant dix ans hein ! Alors le problème c'est que j'ai arrêté de fumer cinq fois…
Ah oui vous fumiez avant ?
Là ça fait qunize ans que je fume plus, mais j'ai arrêté cinq fois de fumer et j'ai pris sept kilos à chaque fois, et que j'ai jamais reperdu. Et là ça fait quinze ans que je fume plus.
D'accord ok, et dans les conséquences, parce que vous m'avez parlé donc des douleurs dans le bas du dos, vous m'avez parlé, alors finalement du regard de votre femme.
Ouais, ouais, hum hum…
Quelles autres conséquences ça a pu avoir dans votre vie…est-ce qu'il y en a eu d'autres déjà ?
Ben moi je les ai pas vues si y'en a eu d'autres …peut-être euh…peut-être…sans doute que les gens me disaient : « ben dis-donc euh il se laisse aller » ! Mais dans mon travail ça m'a pas gêné quoi.
Vous faites quoi comme travail?
J'étais graveur sur pierre spécialisé dans l'ardoise, j'avais un atelier-magasin, j'ai fait ça trente-neuf ans. Et maintenant bon je revis, je revis parce que j'ai perdu du poids et puis je revis parce que la vie est plus la même hein, je suis décontracté, j'ai plus de soucis, j'ai plus de soucis de travail, c'est agréable de plus avoir d'horaires.
Ah oui d'accord puisque vous êtes à la retraite en fait.
Ouais complet…depuis un an.
Donc vous diriez que le fait d'être à la retraite fait que vous avez moins de problèmes et ça agit sur votre poids ? C'est ça ou pas ?
Non non non… c'est pas ce que je dis.
Non c'est pas en relation ?
Non non c'est pas en relation, maintenant j'ai du temps je peux aller aux réunions avant je pouvais pas hein, là c'est le vendredi ou c'était le samedi, moi je travaillais le vendredi et le samedi, et puis j'y serais pas allé si ma femme m'avait pas poussé un peu.
Oui, donc finalement vous avez connu le programme par rapport à votre femme, parce que votre femme elle l'avait commencé ?
Elle l'avait déjà fait deux fois, là , elle est revenue vraiment pour me faire plaisir, bon elle avait quand même perdu cinq/six kilos, elle a arrêté, elle a stabilisé, elle a arrêté, elle vient plus…mais là comme on vient de lui trouver un autre cancer, quatrième, un lymphome, donc elle va avoir des rayons et tout, elle a un peu décroché et puis là le poids elle est en train de le reprendre.
Ah ben oui…là c'est c'est c'est plus compliqué, ben oui oui…bien sûr…
On peut pas tout faire…
Non c'est vrai…Donc finalement, qu'est-ce qui vous a poussé à vous orienter vers ce programme ?
Ben c'est elle…moi je disais toujours le programme c'est bien on perd…on perd surtout cinq-cents ou six-cent euros quoi ! C'était mon discours.
Et votre discours a changé ?
Mon discours a changé…Alors moi je suis persuadé que c'est là que ça se passe hein *(L'adhérent pointe sa tête du doigt*). Moi je dis que j'ai un moral de…j'ai un mental de compétiteur, de champion, parce que moi j'ai un objectif c'était de perdre, alors au départ trente-cinq kilos (35), je voulais perdre 35 kg en un an. Là je suis arrivé à 30 mais je vais arrêter, hein, quand je…je vais retrouver mes 30 là que j'avais perdus *(L'adhérent fait référence aux un kilo cent qu'il a repris la semaine d'avant)*. Dès que je suis à 30, j'arrête, je stabilise, parce que 30 mon médecin m'a dit : « c'est déjà pas mal hein » !

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES
université angers UFR SANTÉ

D'accord, en fait vous avez modifié votre objectif de poids par rapport à ce que votre médecin vous a dit ?
Non, mon médecin non, elle m'a conseillé de faire ce programme, c'est tout ce qu'elle m'a dit, et quand elle voit…quand je vais la voir, elle voit mes performances elle en revient pas, alors elle envoie plein de monde là-bas maintenant.
Elle envoie plein de monde là-bas?
Ouais.
Quand vous me dites qu'elle vous a dit : « 30 kg c'est déjà pas mal », et que du coup, avant vous pensiez arriver à 35 kg de perte, mais que maintenant… *(L'adhérent m'interrompt)*
Je je pensais…au départ…je…c'était mon objectif mais je… *(L'adhérent semble hésitant)*
Vous vouliez mais vous n'y croyiez pas ?
Oui, quand je leur ai dit au départ je voudrais perdre 35 kg, -*l'animatrice*-, elle m'a dit, je lui ai dit : « c'est faisable» ? Elle m'a dit : « oui », alors bon ben j'ai dit : « allons-y hein » ! Et moi je suis assez compétition hein, faut que je perde hein…faut que je perde, faut que je perde ! Et je vois à la réunion, les femmes grignotent beaucoup, moi je grignote pas, je me suis rendu compte que toutes les femmes grignotent.
Vous, c'était pas votre problème le grignotage?
Non, c'était pas mon problème non. Euh…Je peux pas me mettre autre part parce que la lumière me gêne là ?
Bien sûr *(L'adhérent était face à une fenêtre, on se déplace de façon à ce que le soleil ne le gêne plus).*
Hum, je ne sais plus ce que je vous disais du coup…On était en train de parler de quoi ? Ah oui vous me disiez que vous étiez un compétiteur, mais ce que je n'ai pas compris en fait, c'est ce qui vous a poussé à modifier votre objectif de perte de poids, puisque vous m'avez dit qu'au départ vous vouliez perdre 35 kg, et puis votre médecin vous a dit : « ben 30 c'est bien », c'est vrai que c'est bien…
Et moi j'ai trouvé que 30 c'était bien, et puis ma femme m'a dit : « tu devrais peut-être t'arrêter, faire une pause, 30 c'est bien, on verra plus tard si tu veux reperdre ».
Pourquoi vous avez trouvé justement que 30 finalement, c'était bien, c'était suffisant ?
Ben je trouve que c'est pas mal hein…
Oui, par rapport à quoi ?
Ca fait déjà quatre fois que je rechange mes vêtements hein, je suis passé du soixante-quatre au quarante-huit *(rires) !*
Parce que moi c'était là hein *(l'adhérent se touche le ventre),* j'avais beaucoup beaucoup de ventre hein ! J'ai perdu dans les cuisses dans les mollets, partout hein !
D'accord ok, donc du coup vous diriez que vous vous arrêtez à 30 parce que…
Je me sens bien là à 30.
Voilà, parce que vous vous sentez bien c'est ça.
Mais alors dans mon programme là, quand je vais arriver à 30, je vais stabiliser six mois, euh…six semaines, comme dans le programme *(Le programme inclut normalement une période de stabilisation de six semaines une fois l'objectif atteint).* Après je vais y retourner, je vais y retourner au moins une fois par mois, et après je voudrais essayer d'arriver à 35, je voudrais reperdre 35 après, je fais une pause.
Ah d'accord, c'est-à-dire que dans un premier temps vous allez perdre 30 parce que vous vous sentez bien comme ça, vous allez stabiliser, et puis ensuite vous allez repartir peut-être dans votre objectif de 35 ?
De toute façon, mon projet c'est d'y retourner hein, parce que je vois 85% des gens qui le font, reprennent au bout de cinq ans, hein, ils reprennent pas tout mais y'en a qui reprennent tout hein.
Mais qu'est-ce qui vous fait dire ça?
Ben les réunions, on bavarde hein…on bavarde, et toutes les dames le disent hein, y'a beaucoup de gens qui reviennent hein, y'a une dame qui avait perdu quarante kilos elle en a repris trente-huit…en dix ans hein, mais si on se surveille pas c'est foutu hein, faut pas rêver hein !
Donc pour vous, vous diriez que finalement, votre perte de poids, elle va s'étaler sur le long terme ?
Ah ben faut que je continue, j'aurai plus besoin de perdre, mais faut que je continue à faire attention autrement je vais reprendre. Il m'arrive le weekend end de me lâcher un petit peu, paf, je redémarre hein. Parce que moi, ils déconseillent de se peser tous les jours, mais moi ça fait 25 ans que je me pèse tous les jours, donc je me pèse et je contrôle un peu hein.

Vous m'avez dit…depuis quand vous suivez le programme ?
Depuis le 29 Aout.
Oui le 29 Aout, d'accord. Et avant, vous n'aviez pas suivi le programme en fait ? Puisque vous m'avez dit que c'est votre femme qui…
Non, jamais non, je connais pas mal de personnes qui l'avaient suivi.
Oui

Mais là on tombe quand même sur une animatrice extraordinaire, parce qu'elle fait un « one man show » à chaque fois, un « one woman show » …

Et ça vous évoque quoi du coup?

Ben elle est très drôle hein, elle est très drôle, elle est sympa, elle est …elle est super, y'a des gens qui ont été à d'autres réunions qui le disent hein, elle est vraiment fantastique…

Et ça ça participe, vous diriez, à la perte de poids ?

Ah ben sûrement, sûrement, et j'aurais été aux réunions où y'aurait eu que des hommes, j'y serais peut-être pas resté.

Ah c'est intéressant ça, pourquoi ?

Ben je sais pas, l'ambiance est sympathique, avec les hommes y'a toujours de la compétition, moi je suis compétition, mais la compétition là y'en a pas, euh elles ont perdu, elles ont repris euh…elles viennent me voir pour me dire : « alors combien cette semaine» ? Parce qu'elles savent que j'ai encore perdu *(rires),* mais bon c'est…l'ambiance est sympathique. Ça aurait été sûrement différent, mais y'en a jamais beaucoup des hommes hein toute façon, y'en a un qui vient toutes les semaines qui vient se faire peser et puis il s'en va, il reste pas…

Il ne reste pas aux réunions, ok, est-ce que justement vous aviez, alors avant le programme, est-ce que vous aviez tenté de perdre du poids autrement ?

Ouais, j'avais essayé plusieurs fois, alors j'avais fait un…c'était un régime, puisqu'on peut appeler ça un régime, ce qu'on appelle un régime monotone, c'est-à-dire je mangeais tous les jours pareil, pendant…j'avais perdu sept kilos en sept mois, toujours assez équilibré…mais monotone.

Alors vous mangiez quoi par exemple ?

Ben des légumes, de la viande, des féculents euh, à peu près ce que je fais maintenant…mais toujours pareil. Donc à un moment donné, surtout que ma femme cuisine bien, alors maintenant, je mange euh…je respecte l'assiette, la moitié en légumes, un quart en féculents, un quart en protéines mais ça varie hein…ma femme cuisine bien.

D'accord, ça c'est important pour vous…de garder le plaisir ?

Ouais mais pas de trop, je dis je me méfie toujours de ce qui est bon, je fais attention à ce qui est bon.

Et c'est la seule méthode que vous avez utilisée pour perdre du poids avant ?

Oui oui.

Ç'était ça ? En fait vous avez fait deux programmes, pour la perte de poids ?

Ouais ouais.

Alors je prenais l'apéritif, euh…le soir quand j'avais passé…quand j'avais pas fait une bonne journée, je disais je vais me prendre un petit apéritif, pour me remonter le moral, et quand j'avais fait une super journée, j'en prenais un aussi…et des fois deux. Et maintenant j'en prends plus, j'en prends des fois un par semaine même pas.

Donc du coup vous aviez essayé ces deux méthodes, est-ce que vous avez eu l'occasion de parler de votre poids à un professionnel de santé ?

Ben mon médecin me suivait toujours hein.

D'accord, par rapport à votre poids ?

Ben elle me suivait sur l'ensemble hein, pour l'ensemble, mais on parlait souvent de mon poids hein, elle me disait toujours : « je vais essayer de vous faire maigrir, un kg par mois ce serait bien », et puis ben on n'y arrivait pas quoi, parce que…elle m'a dit : « faudrait suivre ce programme » parce que c'est quand même pas mal, c'est elle qui me l'a dit, j'ai fait envoyer un dossier de l'organisme chez elle, elle a reçu un dossier complet , qui est réservé aux médecins….vous connaissez non ?

Non, mais c'est très intéressant ce que vous dites

Non ? Faut demander hein, ouais - l'animatrice- elle l'a fait envoyer à mon médecin.

C'est-à-dire que l'organisme peut envoyer des dossiers aux médecins traitants ?

Ouais c'est un dossier spécial pour les médecins.

D'accord ok, alors là parce que vous me dites que c'est votre médecin qui vous a dit faudrait aller suivre ce programme, mais vous m'avez dit tout à l'heure que c'est votre femme au départ…alors c'est-à-dire votre femme vous en a parlé, et vous vous en avez parlé au médecin, comment ça s'est passé ?

Ouais ben mon médecin me suit depuis longtemps, elle voyait bien que je prenais du poids sans arrêt quoi.

Elle savait que votre femme faisait le programme ?

Non, non.

Non ? C'est vous qui lui en avez parlé quand vous avez évoqué le poids ?

Ben elle l'avait fait y'a dix ans ma femme hein, y'a dix et vingt ans, elle l'a fait deux fois, elle avait perdu, je disais toujours à l'époque elle a perdu trois-mille francs quoi.

Et du coup, là votre médecin vous me disiez que vous n'y arriviez pas, qu'elle vous avait dit qu'il fallait perdre un kg par mois ce serait bien, mais justement qu'est-ce qu'elle vous a proposé ?

Eh ben elle me parlait à peu près pareil, elle me parlait de l'assiette hein, bien équilibré dans l'assiette, j'ai essayé de suivre ses conseils mais bon ça marche pas quoi.

Mais c'était quoi ses conseils, à part l'équilibre dans l'assiette ?

C'est tout, c'est tout ! C'était l'équilibre dans l'assiette, pas trop de gras, pas trop de sucres, pas trop d'apéro, pas trop de vin, pas trop de choses comme ça…Mais moi y'a un déclic aussi c'est la réunion, c'est bien motivant la réunion, moi sans la réunion, j'aurais pas perdu autant, j'aurais peut-être perdu mais pas autant. Ben j'y vais, je suis content d'y aller, c'est une petite récréation et y'a des gens qui viennent euh, y'a une dame qui vient depuis dix ans, elle, ça y est, elle est « or », c'est-à-dire elle est « or », elle a perdu son poids, elle a stabilisé depuis longtemps, elle revient pour le plaisir quoi, une petite récréation, elle paye plus, puisque quand on est « or » on paye plus. Par contre moi je vais payer toujours, parce que moi ils m'ont annoncé mon poids de forme à soixante-et-onze (71).

Ah oui, et comme votre objectif c'est quatre-vingt-cinq six-cent (85.6), c'est ça, du coup si vous êtes pas en-dessous de 71 vous payez ?

Mais je pourrais pas arriver à ça, même si je reviens après, j'arriverais peut-être à descendre à quatre-vingt (80).

Pourquoi vous dites ça ?

Ben 71, c'est quand même pour 1 m 67 à soixante-trois ans, c'est ce qu'ils calculent avec leur barème mais euh …71 euh…

Vous ça vous paraît compliqué ?

Ah ben y'a longtemps que je les ai pas faits je devais avoir vingt-cinq ans ! A mon avis c'est compliqué ouais, et puis ça m'intéresse pas forcément de faire 71, si j'arrive à faire 80 par exemple, ce sera…très bien.

Voilà, y'a ça aussi en fait, finalement vous vous sentez bien comme ça, oui.

Mais là je trouve qu'ils tapent un peu fort hein ! Parce que…voyez c'est sans doute euh…*(il me montre le barème du carnet minceur).*

Si vous voulez on peut calculer, c'est en fonction de l'IMC je pense

Ouais, de l'IMC ouais.

Non moi j'étais obèse morbide, donc maintenant je suis à...ben j'ai perdu 30 kg…85.600.

En fait au départ vous aviez un IMC à quarante-et-un (41), et puis je vais vous dire maintenant.

Alors à 85.600 là, 1m67.

Donc maintenant vous êtes à trente-et-un (31)…

Donc je suis encore en surpoids…

Donc vous êtes encore…ouais.

Je suis plus obèse…si ?

Alors dites-moi ce que vous en pensez ? (*cette question a pour but d'explorer les représentations de l'adhérent concernant l'IMC, tout en étant le moins interventionniste possible****).***

Ben y'a des barèmes, y'a marqué, j'ai été voir sur internet, euh…obèse, obèse morbide euh surpoids etc…je sais plus à combien 31 ça correspond…

Vous ne vous rappelez plus ?

Non…toute façon, c'est du surpoids, je suis toujours en surpoids, même à 80 je serai encore en surpoids.

Alors attendez, on va regarder *(à quel IMC il sera à 80)…****à quatre-vingt-six-sept-cent (86.7)***

, vous y êtes presque hein à votre objectif.

Non mais, non c'est-à-dire, c'est…85.6 *(je me rends compte qu'on ne considère pas le même poids, j'ai calculé l'IMC avec son dernier poids actuel noté sur le carnet, donc 86.7kg, mais lui considère son dernier poids le plus bas avant qu'il ait été malade, soit 85.6 kg)*

C'est votre poids…

Non c'est mon poids là parce que j'ai été malade là j'ai repris…1kg100.

Oui d'accord donc là actuellement, on considère 85.6…

Oui 85.6.

Là vous êtes à 30,6.

Ouais, ouais, d'accord.

Voilà, et ça c'est c'était votre objectif de poids là je crois, au départ hein c'est ça ? Donc vous avez perdu pas mal déjà! Alors ouais, vous êtes un petit peu au-dessus de 30 d'IMC.

Donc ça fait partie, c'est du surpoids euh…je sais pas si c'est encore de l'obésité mais euh…ça en fait partie encore ?

L'obésité, on considère que c'est à partir de 30 d'IMC en fait, vous êtes pas loin hein !

Donc euh voilà, bon ben je descendrai à 80 et puis le problème sera réglé ! *(rires)*

Hum…alors…

Alors moi je voulais vous parler du mental…parce qu'on en parle pas. Le mental, c'est-à-dire… quelqu'un qui fait les jeux olympiques, il a un mental pour les jeux olympiques dans quatre ans, et il est programmé pour ça, et moi j'ai un mental aussi,

qui a rien à voir avec la volonté, parce que les femmes parlent de volonté, de volonté devant une tablette de chocolat. Moi mon mental il est programmé pour un an, pour perdre mon poids, et j'ai pas…je suis toujours dedans quoi, j'ai LE MENTAL !

Alors vous, même devant la tablette de chocolat vous êtes dedans ?

Ah ouais je suis dedans, moi j'y ai pas le droit…j'ai pas le droit…

Vous avez pas le droit ?

Je sais pas. Si je prends un carré de chocolat parce que ma femme elle mange beaucoup de chocolat, alors quand je passe des fois je pique un carré, mais elle, elle mange facilement sa tablette hein, mais moi je me suis programmé pour un an, c'est-à-dire jusqu'à fin Aout, j'ai dit : « faut que je perde » ! Et je quitte pas l'objectif, vous voyez…c'est un objectif, et c'est pas…ça a rien à voir ! Pour moi le mental a rien à voir avec la volonté de pas manger un carré de chocolat, et le problème, parce qu'il y a quand même beaucoup de femmes qui font le yoyo hein, dans les réunions, elles sont pas euh…elles sont pas à fond.

Ah oui ?

Elles sont pas à fond non, y'en a quelques-unes, bon, qui ont un objectif et qui veulent y arriver, mais c'est pas la majorité hein, ah non sur quarante, y'en a peut-être deux ou trois qui…qui ont vraiment envie.

Quand vous dites que le mental n'a rien à voir avec la volonté devant une tablette de chocolat… Ouais, c'est mon analyse à moi

Ah ben bien sûr tout à fait, mais ça veut dire quoi, essayez de développer un petit peu, ça a à voir avec quoi alors, le mental si c'est pas la volonté devant une tablette de chocolat ?

Le mental parce que j'ai fait du sport, et puis quand on a un mental de sportif, on a un objectif à atteindre, c'est du long terme, c'est pas du court terme c'est du long terme, une préparation euh…un entraînement euh…pour arriver à son objectif, et moi je fais ça avec le programme.

D'accord, ok, donc là justement, vous m'avez parlé, enfin, pour en revenir un peu à votre médecin traitant, vous m'avez dit qu'elle vous avait surtout conseillé l'équilibre alimentaire, vous m'avez parlé de la motivation de groupe que vous retrouviez aux réunions, votre médecin, donc, à part le régime alimentaire, elle vous avait rien conseillé d'autre ?

Non.

Et vous me parliez de…. *(Interruption de l'adhérent**)***

Si, elle me disait d'avoir de l'activité physique, parce qu'à l'époque j'en avais pas, je pouvais même pas marcher donc j'avais plus d'activité physique.

Justement, par rapport au fait que vous pouviez pas marcher, elle vous a proposé quoi ?

Et ben j'ai été voir des ostéopathes, j'ai été passé, j'ai passé une IRM pour mon dos euh…

Non mais comme sport je veux dire?

Ah ben non elle me parlait de la natation euh…elle me parlait pas tellement de la marche, moi c'est ce qui me convient la marche. J'ai dit quand je vais commencer à maigrir, je veux commencer à marcher et puis après je veux courir, et j'ai essayé de courir un petit peu, j'ai dit ça sert à rien, la marche c'est très bien, j'ai un vélo, mais ça m'intéresse pas, je me sens libre quand je marche, j'ai pas besoin de prendre un vélo tout ça, c'est comme les gens qui marchent avec les cannes là, je dis pourquoi s'embêter avec ça ? Ça marche très bien tout seul.

Donc du coup vous avez commencé par perdre un peu de poids, ensuite vous vous êtes mis…

J'ai commencé par un km, deux km, trois km…

D'accord, mais vous avez attendu de perdre un peu de poids avant de commencer à marcher parce que vous y arriviez pas, c'est ça hein?

Ah oui je pouvais pas hein**…**Et pour aller à mon travail, j'avais sept-cent mètres à faire, je prenais la voiture hein.

Qu'est-ce que vous avez pensé de la prise en charge de votre médecin?

Sur…sur mon poids ?

Oui

Elle…elle est très gentille, elle est…je m'entends bien avec elle, elle essayait de faire le maximum, mais elle voyait qu'avec moi ça allait être compliqué quoi, elle voyait bien que ça serait compliqué.

Pourquoi ?

Ben parce que je bougeais pas déjà, et puis peut-être que j'avais pas non plus euh, j'avais pas forcément envie de maigrir, je me…c'est vrai que c'est pesant, c'est pesant de faire 30 kg de plus, mais ça me coûtait pas quoi, j'arrivais dans mon atelier, je m'asseyais sur ma chaise, ça me gênait pas plus que ça quoi.

D'accord, donc vous dites que comme votre poids n'entraînait pas de gêne particulière, finalement vous ressentiez pas forcément d'intérêt dans le fait de maigrir ?

Ouais, et puis moi l'image, parce que ma femme parle de l'image, l'image des autres je m'en fous moi ! D'ailleurs je m'en fous toujours, sauf que maintenant quand on me dit : « tiens, ça va ? », et quand les gens me disent pas que j'ai maigri, eh ben je leur dis !

D'accord donc avant, vous vous en fichiez un petit peu et maintenant que vous avez maigri, c'est un peu…
Maintenant que j'ai maigri, si les gens me le disent pas, peut-être tiens il est malade il a perdu du poids et tout ça, si les gens me le disent pas, je leur dis : « alors, on me dit rien ? », alors pour moi c'est important qu'on me le dise et j'ai vu…
Pourquoi ?
J'ai vu une dame que j'avais pas vu depuis un an, une commerçante, et puis elle me le disait pas, alors je lui ai dit : « ben vous avez pas vu que j'ai maigri » ? Elle me dit : « oh ben ça se voit pas », ben elle est pas prêt de me revoir ! *(rires)*
Mais pourquoi justement c'est important pour vous qu'on vous le dise ?
Ben parce que ça fait partie de mon objectif, donc euh…je fais ça pour perdre du poids pour moi, et puis aussi comme ma femme dit, c'est quand même plus agréable si tu perds du poids, maintenant je trouve que c'est important pour moi, même dans les vêtements, je change de vêtements, j'ai été racheter des vêtements plusieurs fois hein, parce que le pantalon il était comme ça hein *(L'adhérent fait un geste ample pour me monter la largeur du pantalon)* ! Ce pantalon-là, y'a longtemps que je peux plus le mettre, il est trop grand.
D'accord, donc en fait ce que vous dites c'est intéressant, parce que vous disiez qu'au départ vous sentiez pas trop l'intérêt de maigrir, et maintenant vous voyez ce que ça change ?
Oui, oui et puis aussi je suis en retraite, ben c'est plus la même vie hein, j'ai eu…bon, j'ai eu plusieurs vies, maintenant c'est une nouvelle vie qui commence, et le poids en fait partie.
D'accord ok, et donc du coup, oui c'est ce qu'on disait, vous avez pensé quoi, de la prise en charge de votre médecin ?
Ben visiblement, bon, elle est très sympa, elle est très psychologue, mais c'est pas son métier quoi, c'est pas son métier, c'est pour ça qu'elle envoie suivre le programme hein, d'abord elle est étonnée des résultats hein.
Donc qu'est-ce qui vous a manqué quand vous avez essayé de maigrir avec elle ?
Je sais pas…je sais pas ce qui m'a manqué, euh…pfff…. peut-être que je la considérais pas comme une spécialiste du problème, peut-être ça…c'est peut-être ça….ma femme elle dit toujours, c'est une femme mon médecin, elle me dit toujours euh…je la trouve très très bien, j'en ai eu d'autres avant mais qui n'étaient pas bien, et ma femme elle me dit toujours : « ben toute façon elle sait comment te prendre, elle dit toujours à peu près comme toi », alors c'est peut-être ça. Parce qu'avant j'étais quand même assez buté avec les médecins, j'en ai changé beaucoup, et ça passait pas. Et je voulais, c'est pareil je voulais pas une femme, je voulais un homme, et puis ma femme, c'est pareil, c'est ma femme, elle me dit ben, parce que c'est deux femmes dans le cabinet médical, elle en a une, elle me dit : « tu devrais essayer de prendre l'autre ». Et en fin de compte, j'ai pris, je suis très content et je me suis rendu compte qu'elle avait beaucoup d'hommes comme clients, donc euh…elle les bute pas quoi, elle est pas….hein, les hommes c'est un peu con hein, c'est un peu buté quoi, faut les prendre comme ça, faut pas y aller direct hein.
Oui donc elle sait comment vous prendre
Elle sait comment me prendre, même quand elle a des examens à me faire passer, ça aurait été mon autre médecin il m'aurait dit : « bon ben alors, hop, on prend un rendez-vous, on va faire telle analyse ». Elle y va pas comme ça elle, hein, elle me connaît, elle me dit ça serait bien que…
Donc en fait c'est ça, ce qui vous a manqué c'est surtout que vous avez eu l'impression qu'elle n'était pas spécialisée en nutrition ou dans la perte du poids, c'est ça ?
Ouais, par contre, ce qu'elle me disait quand même, je veux vous aider à perdre du poids, ça l'intéresse ! C'est un sujet qui l'intéresse hein, et maintenant elle dit à ses clients, elle dit souvent à ses clients…à ses patients, elle dit : « je vais vous faire suivre ce programme », j'ai un monsieur qui a perdu 30 kg.
Est-ce que vous pensez finalement que votre médecin pourrait être une ressource pour perdre du poids ?
Maintenant ?
De manière générale…oui ou maintenant…
Non je crois pas, je crois pas….je crois pas.
Pourquoi ?
Je sais pas y'a…y'a l'effet de la réunion hein dans le programme, parce que moi, moi, j'utilise pas les points comme ils disent hein, je suis atypique, moi j'utilise –les menus tout faits- je sais pas si vous connaissez, donc –les menus- c'est, au début,, on fait une assiette bien répartie, et on commence avec ça, et la première semaine, je perds deux kilos six, mais tout le monde fait ça, la première semaine, ils font -les menus-, ils perdent deux à trois kilos, et puis après, bon ben neuf-cent grammes, un kilo, sept-cent grammes, mais euh , moi…et après on passe –à la méthode des points-, donc on compte tout ce qu'on mange et tout ça, et moi non.
En fait, vous, vous êtes resté –aux menus-?
Je suis le seul pratiquement à être resté –aux menus- , parce que ça me convient, et ça marche, euh par exemple on dit trois-cent grammes de légumes, on dit deux-cent grammes de fruits, et moi, si je veux quatre-cent grammes de fruits, je les mange, si je maigris, je vois pas pourquoi je les mangerais pas, alors que les femmes elles ont l'impression de manger des points…voyez, c'est tout calculé aux points.

Vous vous comptez pas, en fait ?

Moi je compte pas, mon assiette est équilibrée, euh je sais que si je mange qutre-cent grammes de fruits ça va pas me faire grossir parce que j'ai des résultats, donc faut pas généraliser, et ils ont tendance à généraliser.

Ils qui ?

Chez eux , l'ensemble , le programme , ils ont tendance à trop généraliser, si ça marche pour moi si je veux manger quatre-cent grammes de fruits, et que je perds du poids, c'est que ça marche. Et les femmes elles ont tendance à se bloquer à deux-cent parce que faut pas…faut pas dépasser, et si c'est des féculents, moi au début j'en prenais cent-cinquante grammes de féculents, j'en prends plus que quatre-vingt…parce que c'est bien comme ça, j'avais…j'avais…mon assiette elle était plus grande si vous voulez, elle était bien répartie mais elle était plus grande, elle rétrécit un peu.

Mais spontanément ? C'est venu spontanément ?

Ouais, ouais. Par contre, je mange du pain moi, alors les femmes c'est cinquante grammes (50 gr) de pain, les femmes je dis toujours les femmes parce que comme je suis le seul homme, c'est 50 gr de pain par jour, et moi j'en mange cent-trente à cent-quarante grammes, mais je maigris, alors quand je leur dis...

Mais 50gr, ça veut dire quoi, c'est 50 gr par jour pour les femmes, c'est-à-dire ?

Pour le programme hein…pas pour les femmes

C'est le programme qui conseille 50 gr par jour en fait?

Ouais, ouais.

De manière générale ?

Ouais.

Et vous vous en prenez 150 ?

Cent-trente/cent-quarante.

Oui, pardon.

Mais ça peut arriver cent-cinquante, mais tant que je maigris, je vois pas pourquoi je les mangerais pas.

D'accord, ok, donc en fait, vous ce que vous me dites, c'est que vous êtes parti sur la base du programme et puis finalement vous adaptez en fonction de ce que vous ressentez et en fonction de vos résultats ?

C'est ça, c'est ça…moi je suis pas à...donc avec les points là, au début j'avais droit à cinquante points (50 pts) par jour, et maintenant j'ai le droit à…

(Interruption du magnétophone)

Euh oui, au début j'étais parti ils m'avaient calculé 50, bon ben je les ai jamais utilisés, et 50 pts plus la réserve hebdomadaire de vingt-quatre (24) pts je crois, que j'ai jamais utilisée, mais les points bon comme je les ai jamais utilisés, maintenant par rapport à mon poids je suis à trente-et-un (31) pts… Mais ça m'est égal, elle –l'animatrice- me dit : « euh, ça va baisser là, vous allez baisser vous allez être à 31 pts », je lui dis : « ben j'en ai rien à faire hein….je m'en sers pas ». Donc c'est un peu atypique mon parcours, et y'a une dame qui voyait que j'avais de bons résultats en faisant -les menus-, elle a dit : « je vais essayer de le faire puisque ça marche pour le monsieur », alors et puis elle l'a essayé pendant un mois et puis ça marche pas pour elle, donc elle est revenue aux points, donc y'a que moi qui fait l'assiette –des menus- depuis le début.

D'accord ok.

Alors c'est quand même une entreprise commerciale, donc euh, ils sont quand même là pour vendre, alors ils parlent beaucoup de bouffe, ils parlent beaucoup d'accessoires, beaucoup de ceci à vendre, les gamelles et tout ça…*(rires),* donc euh c'est une entreprise commerciale, je comprends, et bon, ça marche comme ça, mais moi le point fort chez eux, c'est la réunion. Sans réunion, moi j'y serais jamais arrivé.

Justement puisque vous en parlez, du point de vue commercial, qu'est-ce que ça vous évoque ? Qu'est-ce que vous en pensez ?

Ben je trouve que –l'animatrice- c'est une excellente représentante de commerce, elle est…elle est au top hein, d'abord elle forme les autres aussi hein, en tant qu'animatrice, elle forme des nouvelles animatrices, elle est top hein !

Oui mais pour vous, en fait, pas par rapport à l'animatrice, vous, qu'est-ce que ça vous évoque le fait que justement ce soit une entreprise commerciale ?

Ça doit être américain au départ, donc les américains faut faire du business hein, ils sont là pour çà hein !

Donc ça, vous comprenez ?

Je comprends.

Vous ça ne vous gêne pas ?

Non ça me gêne pas, j'achète rien.

Ah d'accord, après vous payez l'abonnement ?

Ah oui, je paye l'abonnement, ça me coûte quarante-huit (48) euros par mois, mais après je vais stabiliser, j'irai quand même tous les mois, j'irai tous les mois, c'est treize euros quelque chose comme ça, j'irai tous les mois, quoi qu'il arrive.

Donc finalement c'est pas quelque chose qui vous gêne, tant que vous avez des résultats, on peut dire ça ou pas ?
Ah oui oui oui…pour perdre du poids, j'étais prêt à mettre 48 euros par mois.
Donc pour en revenir au médecin, ah oui vous me disiez que pour vous c'est pas une ressource pour perdre du poids, vous m'avez dit non.
Non, c'est pas…c'est pas… malgré sa bonne volonté, euh, malgré son intérêt pour la chose…c'est pas son truc quoi.
D'accord, ok, du coup, ce ne serait pas le meilleur interlocuteur pour vous ?
Non, non, c'est plutôt ma femme *(rires)*.Non, non mais par contre euh…elle est quand même assez psychologue, je m'entends très très bien avec elle. Le meilleur interlocuteur pour le poids c'est le programme, et la méthode euh…des menus…qu'ils ont supprimé d'ailleurs, ça existe plus, maintenant ils appellent ça autrement mais bon…ben oui ben faut bien renouveler un peu autrement les gens qui sont venus y'a dix ans, si ils retrouvaient le même programme, ils diraient : « ben ça a pas bougé quoi ! » alors –l'animatrice- quand il y a le nouveau programme elle est contente, « un nouveau programme » ! Comme si ça allait changer tout quoi… ça change rien !
Ça change rien ?
Non.
Parce que vous vous continuez à suivre le même en fait c'est ça?
Ouais, ouais.
Donc du coup vous voyez pas de différence ?
Ouais.
Est-ce qu'au départ vous avez rencontré des difficultés particulières à en parler à votre médecin traitant…de votre problème de poids?
Non, non, non, parce que c'est elle qui m'en parlait, parce que quand j'avais des maux, elle me disait « bon, le poids y est pour beaucoup hein », donc c'est vrai…le poids euh.
Donc en fait c'est par l'intermédiaire de votre souffrance physique que vous en êtes arrivés à parler du poids avec….enfin qu'en tous cas elle l'a évoqué ?
Ouais c'est ça….alors j'avais des problèmes d'apnée du sommeil, alors elle m'a envoyé chez un pneumologue qui m'a fait des tests, je faisais cinquante-neuf (59) apnées par nuit, d'une minute, 59 d'une minute par nuit! Une heure sans respirer! Alors je suis appareillé, je le suis toujours, et la dernière fois que j'ai été voir mon pneumologue, j'y vais tous les ans, il m'a dit : « ben la prochaine fois on supprime l'appareil », parce que je suis passé de 59 à 35, et il m'a dit qu'en dessous de 30, vous avez plus besoin d'appareil. Et ma femme m'entendait ronfler, parce qu'on pouvait pas dormir ensemble, c'était une locomotive, et je ronflais énormément, je faisais des apnées mais le ronflement était abominable, et puis ben ma femme ne m'entend plus ronfler hein. C'est elle qui ronfle…maintenant c'est 4 heures du matin, je dis : « dis-donc tu ronfles toi », mais bon elle fait pas d'apnées apparemment, c'est des ronflements enfin.
Hum…alors, oui, pour vous, si je vous dis « être trop gros » qu'est-ce que c'est ? Qu'est-ce que ça représente?
Euh…pff…déjà, on s'en fout du regard des autres, moi je suis toujours comme ça, ça ça va rien changer. Et quand je vois un gros dans la rue…un « gros » je suis encore gros, mais je dis : « putain si il faisait un p'tit effort, il pourrait perdre » ! Et alors j'ai mon fils qui a 35 ans qui fait cent (100) kg, qui fait des régimes mais c'est des régimes pouf ! Comme ça hein ! Là il est en train de s'y mettre à fond parce que quand il voit mes résultats…mais il a fait le programme par internet, ça a pas marché du tout.
Ça n'a pas marché ?
Ben non ça a pas marché… il était à fond sur son smartphone là, à calculer ses points et tout ça ,ben ça a duré huit/dix jours et puis ça a pas marché. Je lui dis : « si tu veux vraiment maigrir faut aller aux réunions ». Donc il a pas envie, il a plein de boulot, il a pas le temps, il a pas envie, il me dit : « me retrouver dans une réunion avec 40 femmes », donc voilà, et puis il est pas à Angers, limite si il était à Angers, il pourrait venir, on pourrait y aller ensemble, et là il est reparti, là il a reperdu trois kilos cinq en quinze jours, il est content mais je sais bien qu'il va replonger hein. Et puis il a des copains, il sont invités à droite à gauche, moi on n'a pas trop d'invitations nous, on n'a pas trop de rencontres, nos enfants sont pas à Angers…donc on les voit , mais on n'a pas trop…avec les beaux-frères et tout ça, on se voit pas tellement quoi, on se voit pas pour manger quoi.
Donc pour vous, être top gros, c'est pas le regard des autres en fait, alors qu'est-ce que c'est ?
Et alors quand j'étais invité, j'étais la poubelle ! Quand j'étais invité, quand on m'invitait à manger, on disait « Il vient, va falloir faire plus » ! Et quand il restait dans l'assiette, on mettait ça dans mon assiette, quand il en restait dans le plat. Mais c'est souvent comme ça, quand on est gros, même si y'a des gros qui mangent pas beaucoup, quand on est gros, je veux dire : « si il est gros c'est qu'il a bon appétit », donc moi on m'en mettait deux ou trois assiettes, alors que les autres ils en mangeaient qu'une assiette, et moi j'ai refusé plein de repas de famille…à cause de ça. J'étais vraiment le type qui avait à manger plein l'assiette ! Et j'ai refusé pas mal de repas de famille, je suis content je les ai refusés, maintenant je pourrais y aller, mais bon, c'est bien comme ça *(sourire)*.
D'accord ok, donc c'est pas le regard des autres, mais vous dites quand même qu'on vous considérait un peu comme la « poubelle » entre guillemets ?

Ben ça arrive souvent parce que les dames en parlent hein, -l'animatrice- ça lui est arrivé hein : « tiens pour toi finis donc l'assiette » ! Ma femme avant elle mettait quand même un plat sur la table, maintenant c'est fini, parce que moi si… ça m'est arrivé y'a pas très longtemps, elle a mis un plat sur la table, parce qu'on avait du monde à manger, je me suis resservi trois fois. Donc quand c'est une assiette, là c'est terminé hein, mais si y'a le plat sur la table, j'y retourne hein, parce que ouais, mon problème est pas réglé complètement. Parce que elle parle de satiété –l'animatrice- moi je sais pas ce que c'est, je pourrais en mettre encore trois fois plus…dans mon ventre.

Mais comment vous faites pour vous réguler du coup ?

Mental ! *(rires)*

Le mental, c'est-à-dire que quand vous préparez une assiette, vous vous dites, je mets tant de cuillères…

Non, c'est ma femme qui prépare tout hein, elle équilibre mon assiette, elle m'amène sur la table, terminé!

Mais vous ne savez pas quelle quantité il y a ?

Si, si, je vous dis en féculents y'avait cent-cinquante grammes au départ, y'en a quatre-vingt.

Donc elle prépare en pesant votre femme ?

Ah oui elle pèse, euh pour l'assiette, pour les légumes, si on partage on n'a pas besoin de peser hein, on commence à connaître la musique hein.

Mais ça dépend de la taille des assiettes aussi ?

Ah ben non non faut pas prendre une assiette trop grande, c'est vingt-deux normalement, la mienne doit faire vingt-cinq, et même si mon assiette était un peu plus grande ça changerait rien.

Et vous me disiez que vous avez pas fini le travail par rapport à la satiété ?

Ouais parce qu'elle parle de satiété, vous sentez maintenant votre estomac a réduit ? Vous sentez que vous arrivez à plus avoir faim? Euh, peut-être que j'ai plus faim, mais j'ai encore envie de manger, c'est pas pareil la faim, je leur dis toujours, la faim et l'envie de manger. Les gens qui disent : « euh...j'ai encore faim », est-ce qu'elle a encore faim ou est-ce qu'elle a encore envie de manger ? Pas pareil….

Mais comment vous faites la différence vous?

Ben je la fais pas moi, j'aurais encore envie de manger, moi je sens que malgré tout mon parcours, je sens que si on me disait : « bon, veux-tu deux assiettes de plus ? », j'ai la place pour les mettre hein, peut-être que je serais ballonné, peut-être que j'irais au lit gonflé, mais je pourrais les manger, ça me ferait plaisir de les manger.

Voilà ça vous fait plaisir, mais vous arrivez quand même à faire la différence entre j'ai plus faim…

Non….J'ai plus faim ou j'ai envie de manger, je…c'est…pfff…je sais pas ce que c'est.

Vous savez pas…

Et –l'animatrice- elle me dit : « faut grandir dans votre tête ». Euh...ben je grandis puisque j'ai mon objectif moi, je vois pas pourquoi il s'arrêterait…mon objectif changerait, j'ai pas envie qu'il change ! Je l'avais mis pour un an mon objectif, ben je vais le poursuivre, et puis j'y retournerais, je vais pas me laisser euh…admettons que j'y retourne pas pendant un an ou deux, si j'ai repris cinq kg je cours là-bas hein…ah oui je le sais, je sais qu'il n'y a rien de gagné, je sais qu'y a rien de gagné, c'est…c'est ça…

Oui…c'est important ce que vous dites…

Il faut, il faut…Je sais pas les alcooliques par exemple, faut plus qu'ils touchent à une goutte d'alcool, autrement ils replongent, et là c'est différent mais je sais que si je remange un peu trop je regrossirai. Il faut faire attention, on peut pas arrêter de manger, c'est pas comme l'alcool, l'alcool terminé on n'y touche plus. Moi j'ai un copain qui était alcoolique, il a plus le droit à une goutte d'alcool, ça fait vingt ans qu'il boit plus du tout, mais faut pas qu'il en prenne une goutte hein, il replonge hein !

Donc là vous faites le comparatif avec l'alcool, vous diriez qu'il y a des similarités quand même avec le comportement ? Vous faites le parallèle ?

Ouais, j'arrive à faire le parallèle.

Donc vous diriez quoi justement, essayez de développer un petit peu...cette comparaison que vous venez de faire ?

Pause

Parce que je connais que deux choses moi, je connais bon le poids, et je connais le problème des alcooliques...j'en connais pas d'autres...bon si la drogue peut-être, mais je connais pas moi les gens qui se droguent...faut qu'ils arrêtent complètement. La drogue, l'alcool, le tabac aussi...le tabac c'est dur à arrêter hein.

Mais tout ce que vous dites là, tout ça c'est des addictions en fait?

Ouais ouais des addictions …

Donc pour vous le comportement ce serait ça ?

Ça y ressemble hein... Ben c'est-à-dire que j'avais pas faim moi quand je mangeais, je mangeais...sans réfléchir, sans comprendre ce que je faisais, je mangeais...et je raflais tout, la gamelle, et j'en reprenais, et je mangeais et j'avais pas de robinet. J'avais pas top on arrête, j'avais pas ça moi, maintenant je l'ai...quand même. Je sais que bon, faut que j'arrête, parce

Rapport-Gratuit.com

que je vais avoir la sanction. Euh... dix minutes de plaisir à table, c'est une semaine de galère, c'est ce qu'elle dit en réunion, et c'est ça hein...faut faire attention. Je sais que c'est à vie ça.

C'est à vie ?

Ouais c'est à vie, quand on a été gros, c'est à vie, mais faut savoir ce qu'on veut. Et puis comme moi j'entame une troisième vie, j'ai envie que ça se passe bien.

Votre troisième vie, c'est quoi ?

Ben depuis que je suis en retraite.

Oui votre vie de retraité...

Ouais...jusqu'au bout quoi.

Est-ce qu'il y a un point que je n'ai pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?

Moi ce qui me vient en premier c'est l'activité physique, pour moi c'est important, d'abord j'en faisais pas du tout. Je marche, alors je vais à Pignerolles, je vais à l'étang Saint-Nicolas, je vais au Lac de Maine, je fais cinq kilomètres (5km)...à bon pas. Des fois je me force à y aller, quand j'y suis je suis content, et quand j'ai fini je suis encore plus content. Et je dis : « ça c'est bon » ! J'y vais tous les jours, même si il pleut là j'ai acheté un K-way® et j'y vais, faut que j'y aille tous les jours. Alors, au moins 5 km, c'est-à-dire 5 km en une heure, je fais ça en une heure, 5km2...5km, Lac de Maine ça fait 5 km, à Pignerolles ça fait trois kilomètres neuf, mais je refais une autre boucle pour faire 5 km, c'est important mes 5 km. Le dimanche matin, c'est en ville parce que c'est plus sympa y'a pas trop de monde, je fais un grand tour dans la ville, je longe les quais et tout c'est sympa. Et puis des fois j'y retourne l'après-midi, 5 km le matin, 5 km l'après-midi. Tous les jours, deux trois fois par semaine, je fais deux fois. D'ailleurs j'ai tellement marché que j'ai un peu mal à la hanche ce matin. Mais 5 km ça suffit hein, une heure de marche par jour ça suffit hein. Ils préconisent une demi-heure.

Qui ils ?

Le programme *(rires)*

D'accord ok (rires).

ENTRETIEN ADHERENTE (*A10*)

Le 12/06/2015-domicile de l'adhérente- Durée : 56 minutes

Propos du chercheur : ***en gras*** - Propos de l'interviewé : police normale

Depuis quand suivez-vous le programme ?

Depuis le 16/10/2014.

Aviez-vous déjà suivi le programme auparavant?

Oh oui y'a 30 ans ! Mais j'avais dû être moins motivée je suppose, parce que ça a laissé moins de souvenirs et moins de bonnes habitudes, euh...voilà, oui oui.

Et qu'est-ce qui a fait que vous avez arrêté il y a 30 ans ?

Oh ben parce que je suis très gourmande et j'adore manger, j'avais perdu huit kg je crois, et puis j'en ai eu assez je suppose, et donc ben après on reprend vite euh...on oublie. Disons que c'était, pour moi c'était un régime ponctuel, je perdais et puis après c'est bien, ben oui mais bon après c'est plus bien. *(rires)*

Vous n'étiez pas dans le même état d'esprit quand vous l'aviez fait il y a 30 ans ?

Pas du tout, pas du tout, pas du tout, du tout, j'en ai refait des tas depuis, pas- ce programme- mais d'autres, et puis à chaque fois c'est la même démarche, en 2000 j'ai perdu 23 kg, j'en ai repris euh...pfff j'étais à 50, je suis arrivée à 78, j'en ai repris voilà hein, enfin 28, enfin bon c'est...

Vous avez fait le yoyo un petit peu, c'est ça ?

Voilà j'en ai refait un petit peu mais avec des sachets, je suis allée voir une diététicienne qui fonctionnait avec des sachets justement.

Des sachets de...protéines ?

Eh ben de protéines oui, oui oui. Alors ça c'est pas mal quand on est au travail, parce qu'on prépare le matin, on a sa petite collation, moi j'adore manger tout le temps, donc y'avait une collation à 10 h, une autre à 16h, moi ça m'allait très très bien, mais c'est pas faisable à longueur de temps et puis euh...ben quand on va chez des gens, faut emmener ses petites crèmes ou ses trucs, et puis on n'a quand même pas un éventail aussi large que là hein, y'a des choses qu'on...

Au niveau de la variété c'est pas pareil ?

Voilà

Et c'est ce qui a fait que vous avez arrêté, le fait que ce ne soit pas compatible avec une vie sociale classique, et puis peut-être le manque de variété, c'est ce que vous disiez ?

Oui oui oui le manque de tout (*rires*), le manque de tout, le manque de tout, parce que...qu'est-ce qu'il y avait ? Ben y'avait quelques fruits mais pas suffisamment, euh... y'a des semaines où y'avait beaucoup plus de légumes que de viandes, y'a jamais

de féculents bien évidemment, juste un peu de pain le matin, euh....c'est pas équilibré du tout hein. C'est efficace, parce que là je perds 300/400/500 gr par semaine, avec l'autre c'était un kg par semaine, donc c'était, c'était super, ça a été beaucoup plus vite, mais c'est pas faisable dans une vie sociale comme vous dites là, on a des...maintenant en retraite plus d'occasions de sortir, plus...alors bon.

Finalement sur le long terme, vous dites que c'est pas tenable ?

C'est pas te...Ah ben non non on peut pas hein ! Ben je pense qu'il y a des carences aussi forcément hein, les sachets c'est cher en plus!

Ah oui, du coup vous payiez la diététicienne plus les sachets en fait ?

Ah ben oui oui, la diététicienne servait de médecin...en quelque sorte, grâce à laquelle j'avais accès à l'achat des sachets, mais fallait les acheter hein, les soupes les...Je me suis régalée quand même mais au bout d'un moment on en a marre, alors j'ai essayé de le reprendre plusieurs fois, avec un petit peu de perte, beaucoup de reprise, un peu de perte, reprise, et puis au bout d'un moment ça va bien.

Vous avez lâché parce que voilà, sur le long terme euh...

Complètement, oui oui oui.

A part la diététicienne, le régime hyper-protéiné, vous aviez essayé d'autres choses avant de faire le programme ?

Oh j'avais fait un régime, y'a un moment c'était...oh un nom américain...que à base de fruits, ananas framboises, j'ai jeté le livre parce que j'ai trouvé ça tellement...

Vous aviez acheté un livre en fait ?

Oui et fallait manger mais à longueur de journée ! Une journée que de l'ananas par exemple, et puis des framboises, donc je me vois aller très longtemps dans un magasin à Angers pour trouver des framboises surgelées, pour enfin...et mais c'est épouvantable ! Comme comme...

Oui ça a l'air contraignant quand même...

Ah ben c'est contraignant, je l'avais fait pendant que j'étais en vacances, à Pâques je crois bien, mais ben là on mange vraiment une catégorie d'aliments je trouve que c'est dangereux...pumpkings c'est un nom...un nom...

Ah pumpkings...ça me dit...Atkins® non ? Ou... ? Ça me dit quelque chose.

Un nom un peu comme ça oui.

Et vous trouvez que c'est dangereux par rapport à quoi ?

Ben parce qu'on manque de beaucoup de choses, c'est bien l'ananas, c'est bien les framboises, c'est bien...je me souviens plus y'avait autre chose forcément, mais il manquait l'équilibre, tout juste si j'avais pas des malaises euh des....

Ah oui ?

Ah ben oui oui.

Donc dangereux par rapport à la santé là vous parlez de malaise ?

Par rapport à la santé, ah ben oui oui, par rapport à la santé.

Et vous m'avez dit justement « j'ai jeté le livre »... par rapport à ça ?

Eh ben oui parce que je trouve ça dangereux, donc j'ai dit ça sert à rien de garder un livre euh... d'abord les livres sur les régimes j'en ai un certain nombre, je dois avoir Dukan®, parce que y'a un cousin à mon mari qui l'avait fait, donc je m'étais dit : « ah ben tiens c'est peut-être pas si mal» ! Et puis ben c'est pareil, le jeudi fallait manger de la viande, fallait manger tel truc, je l'ai pas lu, j'ai dû le parcourir comme ça.

Donc celui-là vous ne l'avez pas essayé Dukan® ?

Euh j'ai pas essayé non.

Vous avez commencé à lire et ça vous a...

Voilà c'est ça, oui oui oui, oui oui et puis pas envie, et puis bon quand on est deux...enfin c'est pareil pour toutes les femmes qui ont une famille, faut faire sa p'tite cuisine à soi, faire celle des autres, déjà c'est compliqué quand y'a les p'tits enfants. Bon ils mangent comme nous en général parce que l'équilibre pour les enfants est bon hein, féculents légumes verts, et je mets un peu plus de choses pour eux plus riches et puis c'est tout, mais là ces autres régimes là c'est trop...Par contre, moi j'avais l'impression que d'être cadrée ça m'allait très bien, par exemple celui avec les sachets, euh...ça je l'ai fait avec la diététicienne, mais avant, au bureau, je sais pas pourquoi on m'a appelée au bureau, une dame m'appelle et me dit : « est-ce que vous voulez maigrir ou est-ce que vous avez des kilos à perdre» ?

J'étais en pleine période où j'en avais justement ma bonne vingtaine, et j'ai dit oui, c'était aussi à base de sachets et y'avait un livre, et le livre disait : « le lundi premier jour, on mange ça ça et ça, le midi on mange ça, ça et ça », et moi j'étais bien avec celui-là, c'est avec celui-là que j'ai tant perdu d'ailleurs, parce que ben j'avais pas besoin de me tracasser, je savais qu'aujourd'hui fallait que je mange telle et telle chose et puis c'est tout.

Le fait que les menus soient faits, en fait ça vous cadrait et vous ça vous allait bien d'être cadrée comme ça ?

Voilà, voilà.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Et là c'est pas la même chose avec le programme ?

Pas du tout, pas du tout parce que là on sait qu'on doit manger tant de grammes de fruits, tant de grammes de légumes, qu'on doit manger au moins une protéine par jour, un féculent par jour, mais après c'est flou on mange ce qu'on veut finalement.

Finalement c'est vous qui composez, même si y'a des règles en fait, finalement c'est vous qui composez ?

Voilà, oui oui.

Et le fait d'avoir un petit peu plus de liberté ça vous dérange ?

Ben maintenant non, non non non non. À cette époque-là ça m'aurait...ben oui et non...mais j'ai trouvé que d'être encadrée, d'être dirigée comme ça, moi ça m'allait très bien, si bien que quand je l'ai arrêté, ben je savais plus, je savais plus comment faire, quoi faire, euh voilà. Parce ben j'avais plus mes supports, et là –le PANM- j'ai un peu peur, même si on a des bonnes habitudes, j'ai un peu peur que ce soit pareil. Là on a le support, on a -l'animatrice-, on a la pesée, on a....et quand y a plus ça j'ai l'impression qu'on va être un peu perdus dans la nature.

Ah oui c'est ce que vous ressentez, que si vous n'allez plus en réunion, vous pouvez être perdus ?

Ben je pense oui...mais bon on est deux là alors.

Oui vous êtes avec votre mari.

Oui et puis on prend les bonnes habitudes, mais c'est vrai que quand on a envie de piocher dans quelque chose, on dit : « oh la ben oui mais je me pèse jeudi ah ben non non », et ça tient ça quand même.

Le fait de se peser chaque semaine ?

Ah ben oui! Ah ben oui! Parce qu'on a quand même envie de perdre, malgré tout c'est pas gratuit aussi! Donc on voudrait déjà arrêter d'avoir à payer, et en plus pas être dans le programme comme ça en permanence, mais d'un autre côté en dehors du programme, j'ai l'impression de me sentir un peu abandonnée.

Et est-ce que vous aviez essayé d'autres choses à part ce programme ?

Euh, ben à part mes sachets de protéines, le régime euh....ben c'est peut-être tout quand même, parce que celui avec les sachets m'allait à peu près bien donc euh...mais que ponctuellement, j'ai un mariage dans 6 mois, j'ai trois kg à perdre, mais sur le long terme non. Oh ben non non !

Et justement comment vous avez connu la méthode ?

Alors com...eh ben c'était le quartier, je travaillais à mi-temps à cette époque-là, donc je faisais partie du club féminin de Pellouailles, y'avait une dame au bout qui avait des kilos à perdre, je faisais aussi partie des parents d'élèves, on faisait du théâtre, donc on se regroupait, et on a connu d'autres personnes qui étaient comme nous qui avaient besoin de mincir...maigrir ou comme on veut. Et donc dans le quartier on devait être quatre ou cinq, on se retrouvait là-bas, on l'a fait en cœur on s'est encouragés on y allait ensemble.

Mais finalement comment vous avez connu, y'a l'une des personnes qui connaissait déjà le programme ?

Oh ben ça alors là je m'en rappelle plus de l'origine, mais c'est bien possible, je me souviens plus comment on s'est décidés, mais peut-être dans des publications, peut-être, c'est quand même connu hein, oui oui dans les journaux.

Des publicités tout ça, vous auriez dit que c'est plus dans les médias ?

Oh je pense quand même au départ hein, au départ, et puis...y'en a une je crois qui avait ça avec son médecin plus ou moins.

Avec son médecin ?

Il me semble bien, donc l'origine je suis incapable de m'en rappeler, non, non non, y'a plus de 30 ans donc *(rires)*, je sais plus comment j'étais venue à ça mais on y a été en groupe au départ.

Qu'est-ce qui vous a poussé à faire ce programme, vous me disiez que vous aviez toutes du poids à perdre?

Ah ben oui oui toutes les dames, les voisines, on était quatre ou cinq, on se fréquentait pas mal sur les activités parents d'élèves ou théâtre ou chorale ou tout ça. Et donc ben je sais pas, vous savez, y'en a une qui entraîne l'autre. Nous si on a repris là, c'est parce que ça fait longtemps que je me suis renseignée sur internet, puis « oh ben on verra demain », et puis vous savez c'est toujours demain. Et puis on a rencontré une voisine, je sais pas si mon mari vous en a parlé de cette voisine, et elle, elle a été le déclencheur, je sais pas comment on est venus à parler de ça, comme entre voisines, je dis : « oh ben non mais toi c'est bien t'as pas repris » ! Parce qu'elle l'a fait elle longtemps : « t'as pas repris » ! « oh ben oui mais faut que je me surveille tout le temps » ! Et puis ben comme on en a parlé elle a bien vu que c'était un problème pour nous, et elle nous a dit : « allez Jeudi je veux vous voir à la réunion, allez, vous y allez» ! On a dit : « bon allez hop c'est parti» ! Donc c'est parti comme ça.

Donc c'était ça, la deuxième fois c'était ça.

Ben oui oui oui, on connaissait bien sûr mais de là à se décider à y aller...

Eh oui le pas est difficile à franchir des fois.

Je me suis dit Saint-sylvain, on va connaître des gens, ça va pas...on a un peu honte quand même quelque part.

Ah oui c'est vrai, vous avez ressenti ça, de la honte d'y aller ?

Ah ben oui.

Et de rencontrer des gens que vous pourriez connaître déjà ?

Oui et finalement non, parce que en fin de compte y 'a des dames qui nous ont rejoint, quand on y a été nous je connaissais personne, et puis y'a d'autres dames qu'on connaît qui nous ont rejoint et puis on fait ça en cœur et puis c'est très bien.

Donc finalement vous les connaissiez et puis ça s'est bien passé ?

Oh ben oui oui oui.

Le sentiment de honte il s'est effacé au fur et à mesure ?

Oui oui ben oui et puis en plus avec la perte de poids on est quand même un peu fier de soi.

Justement qu'est-ce qui a changé depuis cette perte de poids ?

Ben beaucoup de choses, de la légèreté, monter l'escalier, descendre l'escalier. Moi j'ai été opérée des deux hanches hein j'ai deux prothèses, et les chirurgiens avaient bien dit : « surtout pas de prise de poids» ! Si ils m'avaient vue dix ans après ils en auraient été malades ! Donc j'ai dit : « non les hanches j'ai pas envie de recommencer tout de suite », même si j'ai été très contente et que je suis prête à recommencer. Les hanches c'est…c'était presque des vacances, pas de souci là-dessus, mais bon quand même pas trop envie d'y repasser tout de suite malgré tout, donc j'ai dit : « je suis en train de gâcher mes dernières belles années », parce qu'il y en a plus derrière quand même que devant. Et euh…et puis on pouvait plus…essoufflée tout le temps, les pieds à marcher on fatiguait, mal aux jambes, mal au dos, euh….ce que je disais à –l'animatrice- hier, mon mari a fait une rampe parce qu'avec les petits on a toujours peur qu'ils tombent dans l'escalier, ben moi la rampe je me hissais, parce que monter l'escalier c'était tout un problème, là maintenant j'en ai plus besoin.

Par rapport aux douleurs ou par rapport à la respiration ?

Ben par rapport à tout, ouais fallait…fallait les traîner les 20 kg en trop hein ! Donc là y'en a encore en trop mais enfin, bon là c'est plus au niveau élégance maintenant parce que autrement niveau surplus, ben forcément par rapport aux normes j'en ai toujours à perdre, parce que moi les normes c'est 45-56 et là je suis à 56.200, donc j'ai pas atteint le milieu du poids santé que j'aurais voulu, c'est-à-dire 50-52 ce qu'il faudrait pour mon mètre cinquante. Mais après je dis : « faut pas non plus, je tiens p…je vais pas prétendre à Miss France hein» ! Donc euh du moment que je me sens bien.

En tous cas voilà vous vous sentez déjà mieux ?

Pfff…C'est le jour et la nuit !

Donc ce qui reste c'est un peu l'esthétique c'est ce que vous disiez ?

Oui c'est ça, y'a encore, y'a encore matière à…quand je regarde je dis : « ah oui là faut encore que ça parte » ! Mais ça part pas où on veut c'est ça qui est bête.

Comment viviez-vous cet excès de poids ?

Ben y'a une chose qui était très bien c'est que je me privais de rien, et donc quand on m'invitait, j'étais contente parce que je me disais : « ah chic je vais manger et c'est pas moi qui ferai la cuisine »! Donc tout me régalait.

Ça c'était avant le programme ?

Ça c'était avant, voilà, tout me régalait, maintenant si on m'invite je me dis : « ou la la ! Qu'est-ce que je vais…comment je vais arriver à gérer ça» ? Mais d'un autre côté je sais comment m'habiller, alors qu'avant j'étais contente d'aller manger, mais je savais pas quoi me mettre parce que je rentrais plus dans rien, que maintenant c'est l'inverse, je m'inquiète pour la table, mais alors je sais comment m'habiller parce que je rentre dans mes affaires. J'avais une valise pleine de vêtements trop petits dans laquelle je plonge petit à petit. Ah ils sont plus très modernes parce qu'ils ont dix ans, mais euh…mais voilà.

Donc en fait votre surpoids, vous le viviez de manière un peu mitigée finalement?

Ah ben j'en étais pas contente, ah ben non non ! Parce qu'on a toujours honte par rapport aux autres, le regard des autres est important, et puis euh…ben oui quand j'en voyais qui s'habillaient qui étaient pimpantes et tout, j'ai dit : « mince moi je suis grand-mère, j'ai mes kilos en trop », les petits savaient bien le dire. Moi j'ai une petite-fille qui m'a dit : « mamie t'as des gros seins»! Bon d'accord attrape ça ! L'autre…un qui…ben forcément ça bourrelette un peu partout, donc c'était pire que ça, donc là c'est pareil il regarde ça : « t'as quoi là » ? Enfin bon, ah la la ! Je me suis dit : « mais c'est pas possible faudrait quand même que je redevienne NORMALE » ! Parce que pour moi j'étais pas normale.

D'accord ok donc pour vous le fait d'être en surpoids ou trop gros, c'est ça c'est être en dehors des normes ?

Oui.

Et ça représente quoi d'autre pour vous ?

Ben on est limité ne serait-ce que pour se baisser, ne serait-ce que, comment, pour être avec les petits, quand j'ai les petits euh pour se baisser c'est tout un truc. Il faut de la place pour passer partout, on peut pas se faufiler, on le ressent quotidiennement et en permanence, dans le lit on peut plus se bouger, quand faut se tourner, c'est tout juste si il fallait pas prendre un côté pour tourner dans le lit enfin bon, tout ça c'est devenu tellement…tellement léger maintenant. Bien que pour quelqu'un qui serait vraiment…comment dire, attaché à la minceur c'est sûr que c'est pas encore de la légèreté mais pour moi c'est de la légèreté.

Ben oui oui, donc pour vous c'est ça, le fait d'être en surpoids c'est le regard des autres…

Oui beaucoup.

Mais c'est aussi finalement votre bien–être par rapport à vos activités quotidiennes ?
Oui aussi, oui oui, voilà. Ben moi je m'imagine avec 22, puisque là ça fait 22 et quelques, 22 kg de farine en permanence à porter sur le dos, oh je me dis que ou la la !
Vous y pensez à ça des fois ?
Ben très souvent, quand on marche avec mon mari, on se dit : « faudrait un jour qu'on prenne un sac à dos avec 22 kg dedans pour voir »...Et qu'on portait en permanence ! Du matin au soir ! La nuit, partout partout ! Tout le temps ! Et là là...on se sent normal, moi c'est ça, je me sens normale.
Pour vous, là vous m'avez parlé de tout ce que vous avez essayé avant, et puis vous m'avez dit : « j'ai essayé les régimes avec les sachets, les régimes avec l'ananas », pour vous c'est quoi un régime ?
Le régime pour moi c'est punition et restriction.
Et pour vous la méthode c'est un régime ?
Non.
Non ? Parce qu'il n'y a pas de restrictions ?
Y'a des restrictions bien évidemment, je vais pas monter comme avant, l'ordinateur moi ça a été mortel pour moi, je vais pas monter le paquet de gâteaux apéritifs comme je montais, enfin l'ordinateur est en haut, comme je montais pour être à l'ordinateur. Je remontais avec mon plateau, y'avait le paquet et puis un ou deux, mais un appelle l'autre hein, donc ça je crois que c'est comme une cigarette, ou comme quelque chose comme le chocolat, comme tout, ça pouvait être n'importe quoi, je préparais des p'tits ballotins par exemple à Noel pour les invités pour tout le monde, bon ben j'en achetais une boîte d'avance pour moi, voilà quoi. Donc de ce point de vue là, y'a quand même des restrictions, mais si j'ai envie de chocolat...eh ben je peux en prendre un carré, et j'appris à me contenter de ce carré là.
Y'a des restrictions qui sont nécessaires au maintien de votre perte de poids, à la poursuite de votre perte de poids, mais vous ne les vivez pas comme une punition comme vous auriez pu le faire avec des régimes ?
Ah non c'est pas une punition ! non non non non ! Un régime c'est une punition, t'as trop mangé ma p'tite mère ben maintenant tu le payes !
Ah oui c'est clairement çà ?!
Ah ben oui oui c'est tout à fait ça !
Avez-vous eu l'occasion de parler de votre problème de poids à un professionnel de santé ?
Ben j'ai tenté. Alors le médecin, j'avais tenté, oh mais ça, ça fait longtemps. Parce que moi depuis toute petite je suis très gourmande, donc euh à l'époque, moi je suis de 49, donc à l'époque un bébé qui était en bonne santé c'était un bébé qui mangeait bien, qui était bien rond bien bourreleteux, bien...bon. Et donc j'ai toujours été dodue, ma maman n'a jamais été...a toujours été indulgente pour ma gourmandise. J'avais faim d'un pain au chocolat, tiens ben va le chercher, enfin bon, donc elle a plus ou moins favorisé ça et comme moi je m'arrêtais pas forcément...bon.
J'ai eu une période vers 17/18 ans, euh...alors c'était la...la...mais vraiment la grosse bouffe ! C'est pas correct mais c'était vraiment ça. Je rentrais du lycée, j'allais acheter à la pâtisserie un carton avec mais tout ce que la pâtissière pouvait avoir euh...5/6 gâteaux, euh j'adore le pain Everest, y'avait des éclairs au chocolat, y'avait du pudding, ça se faisait beaucoup à cette époque-là, des parts de...enfin pfff...oh oui ! 5/6 gâteaux, et je mangeais ça le soir dans mon lit après dîner en cachette là, j'ai eu cette période-là.
En cachette ? C'est intéressant ce que vous dites...
Oh ben oui oui en cachette, oh ben moi je mangeais en cachette hein.
Pourquoi ?
Oh ben parce que j'achetais ça j'étais chez mes parents, j'achetais ça avec mon argent de poche, et euh...et puis je voulais pas que ça se sache hein, c'est....c'est toujours honteux de manger comme ça.
Et vous pensez qu'ils vous auraient dit quoi vos parents, parce que vous me disiez que votre maman était plutôt indulgente ?
Oh ben elle était indulgente, elle m'aurait peut-être dit quand même : « bon faudrait peut-être mieux arrêter ». Je sais pas, je voulais pas que ça se sache c'est tout, donc je mangeais ça en cachette. Le soir c'était ah ! Mon p'tit moment à moi où je mangeais.
Quand je travaillais, y'avait un feu rouge au bout de la rue autrefois, arrêtée au feu rouge je me disais : « voyons qu'est-ce que je vais bien pouvoir manger en rentrant» ? Je ne pense qu'à ça en fait !
Ah oui donc ça occupait votre esprit ?
Ah tout le temps ! Tout le temps ! Tout le temps !
Comme une obsession ?
Ah c'est une obsession hein, je ne pensais qu'à ça !
Et maintenant c'est plus le cas ?
Ben...je lutte.
Oui vous luttez, mais y'a encore des petites idées qui vous viennent des fois ?

Oui mais je dis dans la vie faut savoir ce qu'on veut, comme je veux pas retourner comme avant ...

Vous luttez…

Ben je lutte ! J'ai ma bouteille d'eau, ou je descends je prends une tartine, hier j'ai pris c'était quoi ? Des galettes de riz. J'avais tellement faim, mais un creux c'était pas qu'une envie, c'était vraiment un creux, là j'ai dit : « non ben je vais pas attendre ce soir », donc j'ai pris ma galette je suis montée avec ma bouteille d'eau puis après c'était fini. J'arrive…voilà, maintenant j'arrive à contrôler, j'y arrivais pas avant donc je me dis c'est bon signe. Parce qu'on a droit à des collations, moi je me suis toujours interdit les collations pour ne pas retomber dans mes travers d'avant.

Là vous dites que vous vous êtes interdit les collations, c'est depuis que vous faites le programme ?

Depuis le programme. Parce que y'a des dames qui achètent des barres de chocolat, des barres…vous savez, de céréales et tous ces trucs là, mais je dis : « pour moi c'est pas bien » parce que c'est poursuivre les travers qu'on avait avant…de grignotage.

Mais finalement vous me dites que vous en faites des fois des collations ?

Rarement quand vraiment je tiens pas, ou quand ça m'obsède de trop, parce que la seule solution c'est de manger un p'tit truc qui convient et puis après c'est fini hein, c'est le coup d'une heure, ça dure une heure dans l'après-midi, après c'est fini.

Et finalement, du coup, à quel moment vous en avez parlé à un professionnel de santé ?

Alors ben tout d'abord je devais avoir 16 ans je crois, maman m'avait emmenée voir un médecin, qui devait être quelque chose un peu psychiatre euh…vers la gare, qui quand il m'a vue arriver m'a dit : « ben vous en êtes grosse vous ! »

PAUSE

Ah oui ?

Et il m'a donné, c'était des grosse boîtes de …thyroïde…d'extraits thyroïdiens.

Ah oui ?

Sans examen sans rien, il m'a dit : « ben elle va prendre ça », alors j'ai pris çà et là je me suis dit : « ben mince les médecins ils voient qu'on est gros» ?! Et donc depuis je vais plus chez le médecin.

C'est pas vrai ?

Ah ben oui, c'est fou hein !

L'adhérente se met à pleurer, je lui propose d'interrompre l'entretien si elle le désire. Elle souhaite en effet faire une pause de 5 minutes. Nous reprenons l'entretien en évoquant un autre médecin qu'elle a consulté pour son surpoids.

Dr X, c'est un docteur qui soignait avec des gélules, qui étaient censées faire maigrir. Mon père en a pris des boîtes entières, euh…moi aussi, est-ce que ça maintenait ? Est-ce que ? Alors j'ai fait ça quand moi ? Est-ce que j'étais mariée quand j'ai fait ça ? Oui je pense, oui oui, y'a… j'ai quel âge-là 65 ? Y'a 40 ans oui, oui je pense. Des tas de…alors on en avait des boîtes de toutes les formes, je sais plus, ben y'avait pas….c'est lui qui nous les vendait ou c'est le pharmacien qui devait les préparer, je me souviens plus. Il est en retraite bien sûr, mais euh…je crois qu'il devait faire partie aussi il me semble qu'il soignait les varices aussi moitié ce docteur-là. Il était très gentil hein cependant, mais j'ai entendu depuis qu'il avait envoyé pas mal de gens au cimetière, alors je ne sais pas, je ne sais pas ce qu'il y avait dans ses gélules, je ne sais pas si c'était efficace, j'en sais rien, mais j'y ai été des années, mon père aussi, ma sœur aussi hein. Mais c'est quand même le programme qu'est le meilleur, parce que en fait le poids qu'on prend, bon y'a la génétique, une dame disait hier : « oh oui mais y'a la génétique ». Moi je dis : « c'est sûr qu'on a le tempérament à ça, mais si on sait ce qu'on met à l'intérieur et ce que ça donne comme effet, euh quand on nous explique bien ça, bon et puis qu'on trouve d'autres motivations », moi je pense que c'est l'idéal hein.

Et finalement les deux contacts que vous avez eus avec les médecins ils ne vous ont pas expliqué justement ?

Ah ben non non, moi mon médecin traitant, quand je lui ai dit : « ben écoutez je voudrais voir », parce qu'ils nous le disent hein forcément : « faudrait perdre du poids », bien sûr, j'ai dit : « je voudrais bien que vous me donniez l'adresse d'une diététicienne », lui m'avait dit : « ben elle va pas faire le régime pour vous » ! C'est ce qu'il m'avait dit mon médecin traitant.

Comment vous avez reçu ça ?

Ah ben pas…pas très bien, j'ai dit : « ben oui évidemment », mais bon c'est tout, je crois que j'ai pas insisté, alors il m'avait fait une liste à manger, alors telle chose telle chose telle chose telle chose, voilà ben vous respectez ça et puis voilà. Pour moi c'était pas une aide, moi j'avais besoin d'être plus « chouchoutée » que ça entre guillemets.

Donc finalement les trois contacts que vous avez eus avec des médecins, y'en a deux qui vous ont prescrit des médicaments ?

Oui.

Ils ne vous ont pas expliqué ce qu'il y avait dedans ?

Oh ben non.

Ils ne vous ont pas accompagnée c'est ça?

Oh ben non non plus.

Ils ne vous ont pas expliqué sur le plan de l'alimentation ou abordé la question du sport ?

Non.

Et le troisième il vous a proposé une....enfin un régime...c'est ça ? Un programme ?

Oh ben oui il m'a dit sur une feuille ce qu'il fallait que je mange. Je l'ai gardée longtemps cette feuille, mais euh... ben y'avait voilà vous mangez légumes verts poisson, voilà c'est ça mais bon ben euh pfff, comme moi j'étais pas suffisamment motivée, et que c'est toujours le mauvais diable qui l'emportait avec : « mange ça te fait du bien », voilà donc, moi tout passe par la nourriture, donc quand ça va bien, eh ben je mange...je mangeais, quand ça va pas je mangeais, voilà quoi.

Donc de toute façon vous étiez amenée à manger dans toutes les circonstances sans pouvoir contrôler les choses finalement ?

Ben sans pouvoir... euh... Sans vouloir... sans vouloir pouvoir quoi, oui oui, sans avoir envie de les contrôler. Parce que...je les contrôlais un jour à la limite : « bon allez aujourd'hui, pas de grignotage» ! Ben oui mais ça a aucun effet sur une journée. Et puis le lendemain : « ben allez hop», Et puis c'est reparti quoi. C'est en fait euh...comment je dirais, c'est être un peu livré à soi-même. Et comme moi je suis très penchée sur la nourriture, je disais toujours : « je fume pas, je bois pas, eh ben je mange » !

Au moins je m'autorise un p'tit plaisir c'est ça?

Voilà c'est ça, oui et ça les plaisirs, là maintenant voyez je peux avoir ça sous le nez, ça c'est une recette du programme -*un gâteau au chocolat qu'elle avait préparé pour me recevoir*- , je peux avoir ça sous le nez, c'est pas pour autant que j'en aurais envie, mais est-ce que ça va durer je sais pas, mais j'ai réussi quand même à me....pas à me guérir parce qu'on n'est jamais guéris, mais à me soigner.

Pourquoi vous dites : « on n'est jamais guéris »justement ?

Ah ben parce que je pense que les travers quand on n'est plus encadrés, comme on l'est, les travers reprennent le dessus très rapidement hein, à mon avis une contrariété, un souci... je ne sais pas du tout, je n'envisage pas l'avenir, je ne sais pas du tout comment ça va se passer.

Mais vous craignez un p'tit peu ça en tous cas.

Je crains mais euh...bon, je pense que on a tellement, enfin mon mari non parce que lui il grignote pas, donc euh...là j'ai tellement lutté, est-ce que dans le cerveau il s'est fait quelque chose qui dit que maintenant j'ai moins envie de ça ? Parce que je pense que beaucoup de choses se passent là-haut, comme pour l'alcool je suppose hein, ça doit être un peu pareil, sauf que c'est moins gênant de manger que de boire je pense (*rires*). Mais bon, mais je pense que c'est au cerveau de faire son travail là, donc bon ben jusqu'à quand je sais pas, je sais pas du tout...pas du tout.

Ça vous fait peur justement l'avenir de ne pas pouvoir l'envisager ?

Oui et non, mais ça me faisait tellement plaisir de prendre mon paquet de gâteau ou mon chocolat à 16h, que là faut que je trouve les plaisirs ailleurs, je sais pas dans quoi mais va falloir que je trouve autre chose.

Donc ça c'est quand vous aurez atteint votre objectif en fait ?

Voilà alors je compte l'atteindre dans deux kg à peu près, deux/trois kg, donc je suis proche, après y'a la stabilisation donc y'a encore un encadrement de 6 semaines, et puis après, bon après je peux y retourner toutes les semaines si je veux, oui c'est gratuit après.

Oui, comme ça vous pouvez garder un cadre si vous avez peur de...ça peut être une aide aussi ça ?

Oui, oui oui, oui, ou avoir envie d'en reperdre encore un peu, mais bon, arrivera un moment où ça partira plus d'abord, parce que je pense que plus de 60 ans c'est quand même euh...y'a des gens tous secs tous maigres, mais je pense que les rondeurs, y'en a toujours, j'ai jamais été maigre donc y'a pas de raison que j'y sois à 70 ans, mais y'aura quand même moyen de se faire aider.

Donc ça c'est important pour vous d'avoir la possibilité...d'avoir toujours ce soutien ?

Oui et pourtant curieusement je ne pensais pas que les réunions...oh moi ça me barbait plutôt au début hein! Je reconnais que...oui toutes les dames qui disent : « oh ben moi j'ai fait ci, oh ben moi j'ai pris la tablette de chocolat et puis j'ai tout mangé, oh ben moi ». Moi ça me...ça me....ça me prenait la tête ces histoires-là, parce que je disais : « moi je suis là pour faire...on parle de régime quand même, mais pour faire une rééducation alimentaire, si elles s'amusent à plonger dans la tablette et tout ça, c'est pas la peine de le faire », donc j'ai essayé d'être un peu plus dure que ça avec moi-même, et ça paye finalement parce que je replonge pas dans mes travers...bon maintenant y'a que huit mois alors euh...est-ce que...ça m'étonnerait que ce soit une guérison.

C'est pas mal huit mois...

Oui oui oui, je vous dis y'a que vraiment la faim, quand j'ai vraiment l'estomac, mais c'est vraiment l'estomac, moi je savais plus ce que c'était que d'avoir faim, l'estomac il réclamait jamais je mangeais avant qu'il ait faim donc euh...

Maintenant vous arrivez à faire la différence entre avoir envie de manger et avoir faim réellement?

Ah ben oui, ben oui, l'estomac qui se tord là moi je savais pas ce que c'était. Non maintenant je sais et c'est dans ces moment-là, quand vraiment j'arrive pas à résister, où l'envie revient de calmer l'estomac du coup, parce que c'est lié quand même, c'est plus une envie comme ça en passant on se dit : « oh ben tiens il reste un truc là », c'est plus cette envie là. J'espère que ça va durer. Mais bon je mangeais toujours en cachette hein, c'est pareil, lui-son mari- il était dans son atelier, moi je mangeais tout ce que je voulais. Et comme il savait pas que j'avais mangé, parce qu'il y a jamais tellement cru hein quand je lui disais : « oh la la, qu'est-ce que j'ai mangé» ! « Ben non tu manges pas tant que ça ». Ah ben il me voyait pas, ah ben non non. Et le soir à table fallait que je remange comme lui parce que sinon il aurait dit : « ben t'as pas faim ce soir ? Ça l'aurait étonné. Donc finalement je mangeais tout l'après-midi et le soir.

Mais le soir vous vous forciez alors que vous n'aviez plus faim ?

Quelque fois oui oui.

Quelques fois pour qu'il ne s'en rende pas compte ?

Pour qu'il s'en rende pas compte, c'est c'est…je pense que c'est comme ceux qui boivent en cachette hein, c'est sûrement un peu…

Pour vous, vous mettez les problèmes alimentaires en relation avec des addictions, vous avez parlé de l'alcool et du tabac c'est la même chose, vous les mettez sur le même plan ?

Ah oui…ah oui oui !

Le fait de se cacher, d'avoir du mal à contrôler…

Ah oui oui pour moi c'est pareil hein, c'est la même chose. Mais je préfère être addict à la nourriture qu'à la boisson, parce que la nourriture y'a toujours moyen de compenser avec euh, y'a des choses qui sont pas néfastes, y'a les fruits y'a les yaourts, on peut toujours compenser, que l'alcool y'a pas grand-chose pour aider je pense.Oui je crois que c'est tout, oui, X je l'avais oublié lui *(l'adhérente ré-évoque spontanément le médecin dont elle a parlé précédemment)*. Et oui il était très gentil, très gentil, mais il parlait pas d'alimentation, lui c'était vraiment soigner les bourrelets, c'était vider les bourrelets lui finalement, je sais pas…j'ai pas l'impression…est-ce que ça me maintenait ? Et puis du fait qu'il y avait les pilules, ben on mange, on dit : « c'est pas grave, comme y'a les gélules y'a tout ça, eh ben je peux manger ». Et c'est comme tout ce qu'on entend à la radio ou à la télé, comme euh…comment c'est ? Tout un tas de médicaments où là ça absorbe la graisse ce qu'on mange. Ben ça règle pas le problème des gens, parce que ça brûle la graisse mais ça apprend pas à manger ce qu'il faut donc quand on arrête ces pilules-là, ça repart. C'est comme les…Comme j'aime®, ah ça ça me fait bondir ! Les repas qu'on livre à domicile, vous avez dû en entendre parler. Y'a une dame qui est dans le groupe avec nous qui s'était renseignée, c'était très cher d'abord, et quand les gens ils se font plus livrer les repas, ils savent pas cuisiner pour autant. Donc ils perdent, ah ben c'est sûr qu'ils perdent c'est bien, mais après…Moi c'est toujours le après. Donc une rééducation théoriquement, ça c'est comme quand j'ai eu mes hanches, qu'il m'a réappris à marcher parce que je marchais très mal, et y'a beaucoup de gens qui marchent comme ça. Moi il m'a réappris à marcher un peu plus en canard, et c'est une rééducation, maintenant je marche comme ça, et je pense au kiné pratiquement tous les jours quand je marche, eh ben là c'est pareil pour la nourriture, je pense que c'est une rééducation, faut qu'on nous apprenne à nous régaler. Parce qu'on mange bien ! Ah oui on mange bien ! On note tout ce qu'on mange, et on suit ça de près.

Et tous les médecins que vous avez vus ils ne vous avaient pas permis de comprendre ce que vous mangiez et de vous réapprendre à manger ?

Et de comprendre ce que dit la tête surtout !

C'est-à-dire ?

Eh ben ça, cette envie de maigrir mais cette impossibilité à le mettre en place.

C'est ce qui vous a manqué un peu au niveau de la prise en charge des médecins ?

Ah oui, oui, oui.

Vous avez pensé quoi d'autre de la prise en charge de ces médecins que vous avez vus ?

Ben ça m'a pas tellement donné confiance en eux, mais je me dis surtout qu'ils ont pas le temps à ça.

Pour vous c'est un manque de temps ?

Oh ben oui, dix minutes par clients ou par patients…je pense en gros….peut-être même moins maintenant ?…plus ? Ça dépende des … Mettons dix minutes un quart d'heure, on fait pas le tour de la question hein. Quand on y va et qu'on dit : « oh lala », j'ai eu mal une fois un genre de sciatique, bon je suis allée chez le médecin, il m'a écoutée, il m'a fait passer une radio, personne n'a rien trouvé, ça s'est passé tout seul au bout de trois semaines, bon ben qu'est-ce que je fais maintenant, quand j'ai mal ? J'attends que ça se passe hein.

Mais est-ce que vous y êtes déjà allée uniquement pour évoquer votre problème de poids ?

Ben non. Ah non non non !

Non ? Ça ne vous a même pas effleurée ?

Oh ben c'est pas facile d'en parler hein, c'est facile d'en parler quand on en a perdu, mais quand on en a en trop euh c'est plus difficile.

Alors pourquoi justement parce que c'est votre médecin après tout ? Pourquoi ça en particulier c'est difficile d'en parler avec lui ?
Ben parce que par rapport au médecin moi j'ai pas d'affinité particulière hein.
Peut-être par rapport à ce qui s'était passé à vos 16 ans ? Est-ce que ça pourrait être ça ?
Ben c'est pas le même médecin, mais…non je me dis que ça c'est mon problème.
Le fait d'avoir pris du poids c'est votre problème ?
Voilà.
D'accord, c'est pas le problème du médecin ?
C'est pas le problème du médecin, il le constate et puis point à la ligne, mais comme il sait pas m'aider qu'il me laisse tranquille avec ça.
Il sait pas vous aider ?
Oh ben il a pas su hein il a pas su ! Tous ceux que j'ai vu tous ceux qui ont donné des gélules et tout, mais c'est pas une aide non plus, c'est pas une bonne aide, c'est une aide, ça fait plaisir aux gens : « je vais prendre des gélules chic comme ça je vais maigrir et tout ! »
Mais c'est pas la solution ?
Ben non ! Je pense pas que ce soit la solution.
Donc en fait pour vous les médecins ou les autres professionnels de santé, la diététicienne tout ça, ne seraient pas une ressource pour perdre du poids ?
Ben la diététicienne, la dernière que j'ai vue qui me donnait des sachets à bien réfléchir, euh…pfff…bon elle me donnait pas que ça, j'avais quand même un p'tit programme léger, mais c'était…y'avait plein de choses d'exclues dedans, et y'avait des sachets pour compenser certaines choses, donc je dis une diététicienne qui sait pas voir dans la tête des gens, il lui manque quelque chose, maintenant je dis pas que c'est facile hein euh…
Ah non non non mais c'est pas…justement ce qui est intéressant c'est de savoir ce que vous ressentez, c'est-à-dire que pour vous, par rapport à votre expérience personnelle, vous diriez que les professionnels de santé ne sont pas une ressource pour perdre du poids ? Par rapport à ce que vous avez vécu ?
Non, non non, non non, c'est une source pour dire : « il faut en perdre », mais euh…ce qu'on sait hein, on le sait pertinemment hein quand on en a à perdre, on le sait bien hein, mais c'est pas une aide.
Oui et vous m'avez dit, de toute façon vous avez répondu à la question, que vous avez eu des difficultés à en parler ?
Oui oui oui, c'est toujours un peu honteux de parler de ça.
Votre médecin il ne vous a pas du tout parlé de la méthode ? Est-ce que vous auriez aimé qu'il vous en ai parlé ou pas, est-ce que vous attendiez ça de lui ?
Peut-être…peut-être, je sais pas ce que j'attendais, parce que en fait moi j'attendais rien, c'est lui qui m'a dit faut perdre du poids, et déjà c'est le point sensible.
Ah d'accord donc ce n'est pas vous qui avez abordé la question, vous y étiez allée pour autre chose et il vous a dit qu'il faut perdre du poids ?
Ah ben oui, oui oui faudrait, faudrait…il dit quand même un peu au conditionnel au départ euh…mais faudrait oui ça serait bien…
D'accord donc la manière dont il vous l'a dit c'était un petit peu compliqué à recevoir pour vous, donc vous ne sauriez pas dire si vous attendiez qu'il vous dirige vers le programme ?
Oh ben non non, moi je voulais une adresse d'une diététicienne, je pensais qu'elles étaient bien placées, et puis j'en ai essayé une, j'y suis allée qu'une fois, on a pas du tout…elle m'a pas du tout plu, elle m'a pas du tout plu, donc je lui ai dit : « ben on reprend rendez-vous » ? « Non non vous reprendrez rendez-vous », je me suis dit : « bon ben si elle s'accroche pas plus que ça à moi, ça va pas le faire ».
C'est ça vous avez vraiment besoin d'encadrement, de suivi.
Oui oui.
Et ça vous l'avez retrouvé avec la méthode?
Ah ben oui complètement oui. Et le régime quand j'ai perdu vingt-trois kilos avec tous les sachets par correspondance, j'ai eu besoin de personne moi, je me suis motivée. Et puis j'avais pas de vis-à-vis c'était au téléphone c'était anonyme.
Ça c'était bien pour vous ?
Impeccable ! Et ça, ça a très bien marché hein, et toute seule, et je suis allée voir le médecin ben peu de temps après je devais être à cinquante-huit, il m'a dit : « bon ben faut arrêter maintenant », j'ai dit : « faudrait savoir ce qu'il veut hein ».
Donc ça c'était après les vingt-trois kilos en fait ?
C'est pendant la perte des vingt-trois kilos oui : « maintenant vous arrêtez », ah ben je m'étais dit à cinquante-huit, j'en avais encore un peu à perdre malgré tout pour cinquante kilos. Ah ben j'ai dit : « c'est la meilleure c'est lui qui me dit ça » ! J'ai dit : « ben faudrait savoir » !

Et vous lui avez dit ? Qu'est-ce qu'il vous a dit ?
Il a dit : « ah ben oui mais là c'est bien maintenant, vous êtes bien, enfin bon faut pas trop en perdre non plus », mais bon moi je voulais en perdre plus parce que ça remonte tellement vite.
Vous vouliez en perdre plus pour vous donner de la marge ?
Oui et là c'est ça aussi je veux me donner de la marge.

Profil de la patiente :

Date de naissance : 22/07/1949
Statut marital : mariée ***enfants :*** oui
Taille : 150 cm
Poids au début du parcours : *(l'adhérente reprend la discussion)*
Soixante-dix-huit huit (78.8). Donc il était quand même temps de faire quelque chose. Je voulais pas atteindre les quatre-vingt, j'ai dit : « c'est pas possible quatre-vingt kilos » ! Pour 1m50 j'étais une boule. Et j'ai retrouvé des photos du mois de Juillet où je suis avec mes petits-enfants, je suis penchée comme ça, je m'habillais très vague, mais ça fait mais ça fait un…épouvantable ! Ah ben oui, maintenant je peux les regarder mais pendant je pouvais pas trop les regarder. Mon mari je lui disais toujours : « me prends pas en photo», j'ai pas tellement de photos de moi parce que …ah ben non c'est honteux !
Vous ne supportiez pas de vous regarder ?
Ah ben non non ! J'ai dû découper des photos où j'étais en pied, je coupais le corps hein pour l'enlever.
Donc vous l'avez vraiment pas bien vécu votre surpoids ?
Eh ben non je l'ai pas bien vécu mais c'est pas pour autant que je me corrigeais, c'est ça le problème.

Et vous expliqueriez ça comment justement ?
Ben j'en sais rien, j'avais pas tellement envie…J'avais pas tellement envie de partir pour plusieurs mois, comme là si on n'avait pas rencontré la voisine je ne sais pas si on l'aurait encore démarré. Parce qu'on se dit « oh la la » ! On démarre mais on sait bien que c'est pas pour huit jours quand on démarre un régime quelconque. Donc on se dit : « va y avoir Noël, quand y'aura les petits-enfants en vacances comment je vais faire » ? On allait souvent au restaurant, on partait le matin, on allait faire des courses à Angers, on n'avait pas fini, on allait au restaurant à la pizzéria n'importe et puis on continuait nos courses après, donc ça c'est exclu maintenant. Même si on peut le faire, bon non pour l'instant c'est restriction encore un peu. Donc on se lance pas on se dit : « bon ben allez, dans quinze jours j'ai les enfants, oh on le fera après », et puis après…voilà. Donc là si elle nous avait pas vraiment poussés, eh ben y'avait…c'était en Octobre donc y'avait la Toussaint, pas loin donc avec les petits-enfants, alors on se fait plein de montagnes comme ça, « ah ben non je pourrai pas aller aux réunions, je pourrai pas leur faire à manger et moi régime et puis enfin tout ça ». Donc on repousse quoi. Y'a toujours quelque chose hein, y'a Noël, y'a les chocolats de Noël, y' a les galettes des rois, et puis après on tombe dans Pâques, et puis les pique-niques, les apéros avec les voisins enfin bon. Et on se dit : « oh la la, je vais être exclue de tout ça ! Ah ben non c'est pas possible, c'est trop bon, moi je peux pas me priver de ça » ! Et puis voilà c'est comme ça. On voudrait perdre mais on ne trouve pas suffisamment de raisons de le faire. On trouve beaucoup de raisons de ne pas le faire justement.
Quand on commence c'est super c'est ça le truc, le premier jour on se dit : «ça y est allez on se lance », on a été chercher notre petit poisson, nous on a toujours mangé beaucoup de légumes et de choses comme ça, la nourriture nous a pas vraiment changé. Sauf que cent grammes de pâtes dans l'assiette, ça fait pas beaucoup, alors qu'avant c'était une bonne platée quoi. Y'a eu tout ça, moi c'est les grignotages, parce que ça bon on a fait le tour de la question, mais en nourriture on a toujours essayé de manger…Ça fait des années que je fais cuire avec de l'huile d'olive et puis pas de trop, plus de beurre dans la poêle. Enfin bon, on a des bases. Ben oui on avait tout pour y arriver, si moi j'arrête de manger tout le temps, de ne penser qu'à ça, c'est bon quoi ! *(rires)* Et à la fin au bureau, dans mon tiroir j'avais des bonbons ce que j'avais pas avant, des réglisses, j'adore les réglisses, et donc j'avais dans mon tiroir à côté, et je mangeais, même au bureau alors qu'avant je le faisais pas.
Vous faisiez quoi comme travail ?
Un travail de bureau. J'étais responsable du service sinistre dans une compagnie d'assurance, donc j'étais toute seule dans mon bureau, donc j'étais tranquille. Alors qu'au début je le faisais pas, mais plus fallait arrêter, plus je le faisais, finalement je sais pas. On se punit des deux côtés, on se punit parce qu'on devient moche et puis on se punit quand on veut arrêter alors finalement c'est une punition perpétuelle. Après dans la tête, alors y'a un médecin du travail qui m'avait dit : « faudrait aller voir une psychologue sur le comportement alimentaire », y'en avait une place du ralliement je crois bien, et il m'avait donné le nom, mais c'était une ancienne copine d'école, j'étais au lycée avec elle, et ben j'ai dit : « non je peux pas », et puis ben voilà quoi. Je l'ai pas fait.
Y'a-t-il un point que vous souhaiteriez aborder et que je n'ai pas évoqué ?
Non sauf qu'il faut le conseiller.

Rapport-Gratuit.com

Il faut le conseiller le programme ?
Oh oui !
Il faut le conseiller, vous parlez de qui des médecins ?
Oui. Vous les médecins et puis les gens euh…quand on rencontre les gens dans la rue, des jeunes qui sont mais…vraiment en surpoids ça déborde de partout, on a envie de leur dire : « mais faites ça », on a envie de témoigner auprès de ceux qui auraient ce problème-là.
Maintenant que vous avez maigri, vous avez ce besoin de transmettre un peu aux autres ?
Oui oui, on se sent tellement mieux, on revit ! Ceux qui ont du poids à perdre, je trouve que ce serait bien que des gens comme nous qui l'avons fait puissent témoigner, pour les aider. Parce que…ça aide. Y'a tellement de choses qui se disent : « ah ben t'as fait des régimes toute façon tu perdras plus maintenant », ou bien : « à ton âge on perd plus quand on vieillit on perd plus », alors que ben on perd quand même hein, si on mange ce qu'ils nous disent de manger si on respecte bien, ben on perd, y'a pas de raison c'est pas parce qu'on approche les soixante-dix.
Pour vous c'est des idées fausses finalement tout ça ?
Oui oui oui y'a tout un tas de fausses idées de pfff…. c'est pas parce que on a 20 kg ou qu'on en a que 5 c'est pas pour ça que ça marchera pas, et c'est surtout de leur faire ressentir le bien-être qu'on a à l'avoir fait que…. mais c'est…. indescriptible ça, on se sent tellement différent…que ça vaut tous les efforts !

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

RÉSUMÉ

VERTUEUX Malika

Représentations de patients obèses adhérant à un programme d'amaigrissement non médicalisé concernant leur surpoids. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés.

De nombreux patients présentant une obésité s'orientent spontanément vers des méthodes d'amaigrissement s'éloignant du système de soins conventionnel. Nous avons formulé l'hypothèse que pour améliorer sa pratique, le médecin généraliste doit savoir ce que ces patients pensent de sa prise en charge et connaître les raisons qui les amènent à s'orienter d'eux-mêmes en dehors du système de soins conventionnel. Cette étude qualitative interrogeait des personnes obèses adhérant à un programme d'amaigrissement non médicalisé (PANM) sur leurs représentations concernant la prise en charge du surpoids. Onze entretiens semi-dirigés ont été réalisés après recrutement des adhérents au sein de trois lieux de réunions du PANM, dans le Maine-et-Loire, entre Mai et Juin 2015. Le médecin traitant pouvait être identifié par les adhérents comme une ressource intéressante pour perdre du poids, du fait de ses compétences médicales et de sa connaissance du patient. En théorie, les adhérents pensaient qu'il avait un rôle primordial dans la prise en charge de l'obésité. Il n'était toutefois pas déterminé comme interlocuteur privilégié, principalement parce qu'ils estimaient qu'il manquait de temps et d'intérêt pour la question. Certains adhérents ne considéraient pas l'obésité comme une maladie mais comme un problème esthétique qui ne concernait donc pas le médecin. Les méthodes proposées par le système de soin et expérimentées par les patients ne semblaient pas aboutir aux résultats escomptés par ces derniers qui se sentaient abandonnés par leur médecin. Ils se tournaient donc vers des méthodes connues, réputées « faciles », « efficaces », « sécurisées » qui mettaient l'accent sur l'entretien de la motivation. L'obésité était vécue par certains adhérents comme les conséquences d'une addiction. Ils devaient passer par différents stades avant d'être disposés au changement et au maintien du nouveau comportement. Au-delà des conseils hygiéno-diététiques, l'entretien motivationnel, trop peu utilisé dans le cadre du surpoids, pourrait être un moyen de remettre le patient au centre de sa prise en charge tout en l'accompagnant dans ce difficile parcours d'amaigrissement afin qu'il soit durable. La prescription de l'activité physique sur ordonnance pourrait être un axe supplémentaire, permettant de renforcer le caractère incitatif à la pratique du sport.

Mots-clés : Représentations - Obésité - Programme d'amaigrissement non médicalisé – médecin généraliste – Addiction – Entretien motivationnel –Thérapies cognitivo- comportementales.

ABSTRACT

VERTUEUX Malika

Representations of obese patients participating in a non-medicalized weight loss program about their taking care. Qualitative study by semi-directed interviews

Most of overweight patients tend to turn away from conventional weight loss methods supported by the traditional healthcare system. The assumption is that general practitioners need to take into consideration their patients' feedbacks in order not only to improve their taking care, but also to understand the reasons why those patients stray away from the traditional healthcare system. This qualitative survey targeted overweight persons participating in a non-medicalised weight loss program (NMWLP). They were recruited through three NMWLP meetings taking place in Maine-et-Loire between May and June 2015. Eleven semi-directed interviews were organised and focused on patients' views on their doctors' taking care in their previous experiences. General practitioners have been considered an interesting weight loss ressource because of their medical competences and overall knowledge of their patients. They have also been identified as undeniable key points in the treatment of obesity but failed to be seen as a privileged interlocutor. Indeed, patients complained of their lack of time and interest for the matter. Interviewees pointed out that, in a few cases, they did not consider obesity a disease but more an aesthetic problem which was not perceived as being doctors' responsibility. Methods suggested by the traditional healthcare system did not seem to lead to convincing the lasting results which were anticipated by patients ,who ultimately felt abandoned by their doctors. Therefore, they chose to turn to « easy », « efficient » and « sure » reputed methods focusing on sustained motivation. For some of the patients interviewed, being overweight is the result of an addiction. They had to go through various stages before finally being able to demonstrate the will to change and sustain their newly acquired good habits. Going beyond classic advice on food hygiene and physical activities, the motivational interview, still fairly underused in this field , could be an efficient way to encourage patients to take charge of their own health while accompanying them on a difficult weight loss journey in order to ensure its duration.

Key words : Representations - obesity - non-medicalized weight-loss program – general practicionner – addiction – motivationnel interviewing – cognitive behavioural therapy.

université angers | UFR SANTÉ