



HAL
open science

**Prise en charge de l'obésité modérée à sévère :
identification des freins à un suivi dédié par le médecin
généraliste, le point de vue des patients**

Gautier Schoumacher

► **To cite this version:**

Gautier Schoumacher. Prise en charge de l'obésité modérée à sévère : identification des freins à un suivi dédié par le médecin généraliste, le point de vue des patients. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03297699

HAL Id: hal-03297699

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297699v1>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2019

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Gautier SCHOUMACHER

le 12 avril 2019

PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ MODÉRÉE À SÉVÈRE :

Identification des freins à un suivi dédié par le médecin généraliste, le point de vue des patients

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Olivier ZIEGLER	Président
Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN	Juge
Monsieur le Docteur Cédric BAUMANN	Juge
Monsieur le Docteur Jean-Michel MARTY	Juge et Directeur
Madame le Docteur Marie-Anne PIDOLLE	Juge et Directeur



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Laure JOLY

SIDES : Dr Julien BROSEUS

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

International : Pr Jacques HUBERT

Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT

Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER –
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER – Henry COUDANE - Jean-Pierre
CRANCE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE –
Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER -
Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET -
Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS –
Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET -
Pierre MATHIEU Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre
NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques
POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT -
Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET -
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI –
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER – Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François
KOHLER

Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD
François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie
CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM
TEIXEIRA

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian
RABAUD

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur
Frédéric MARCHAL

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4° sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2° sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3° sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4° sous-section : (Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL –
Professeur Faiez ZANNAD

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2° sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS –
Professeur Olivier KLEIN

3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4° sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5° sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2° sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3° sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4° sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Étienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2° sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET –

Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3° sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4° sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3° sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4° sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2° sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD –
Professeure Adeline GERMAIN

3° sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE – Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^e sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^e sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI (stagiaire)

2^e sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^e sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^e sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2^e sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

4^e sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^e sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^e sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^e sous-section : (Chirurgie générale)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5° sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1° sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS –

Monsieur Christophe NEMOS

66° Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69° Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À notre Maître et Président de jury

Monsieur le Professeur Olivier ZIEGLER

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse et de la juger.

Pour votre disponibilité, vos conseils et votre enseignement inspirant,

Veillez trouver en ces quelques mots, l'expression de notre sincère gratitude.

À notre Maître et juge

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Pour votre présence et vos enseignements,

Veillez trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

À notre juge

Monsieur le Docteur Cédric BAUMANN

Nous vous remercions pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail.

Veillez trouver en ces mots l'expression de toute notre gratitude.

À notre juge

Monsieur le Docteur Jean-Michel MARTY

Vous avez accepté de codiriger cette thèse, m'apportant toujours de manière très réactive tous les précieux conseils dont j'avais besoin. Apprendre la médecine générale à vos côtés fut une expérience très enrichissante qui marquera toute ma carrière.

Que ces quelques mots témoignent à jamais de ma profonde reconnaissance.

À notre juge

Madame le Docteur Marie-Anne PIDOLLE

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse dans laquelle vous m'avez si bien accompagné. Au cours de mes stages, vous avez su me transmettre votre humanité et votre engagement auprès des patients, comme des valeurs essentielles qui resteront pour moi un modèle à suivre dans ma carrière.

Veillez trouver dans ces mots la marque de ma grande considération.

À Nadège, mon amour, tu as été mon plus grand soutien et l'objet de mes plus grandes joies pendant tout ce parcours. J'espère que l'on pourra encore partager de beaux projets ensemble, car on forme une belle équipe, pour sûr !

À Anna, ma fille, tu remplis mon quotidien et y apportes de nombreux rayons de soleil. Je suis tellement heureux et fier de te voir grandir à mes côtés.

À mes parents, pour avoir toujours été là pour moi et m'avoir tant appris. Ce que je suis capable d'accomplir aujourd'hui, c'est grâce à vous !

À Aurélien et Hugo, mes frères, je garde le souvenir ému de toutes ces années à grandir ensemble qui nous ont construites. C'est toujours un grand plaisir de se retrouver.

À ma belle-famille et en particulier mes beaux-parents, pour votre accueil, votre serviabilité et nos parties de belote endiablées.

À Brice, Quentin, Romain, Nico, Manon, Mathieu et Pierre, mes amis qui m'ont accompagné tout au long de ces études. J'espère partager encore ces si bons moments passés avec vous (et maintenant avec vos femmes et enfants !)

À tous mes proches y compris ceux qui ne sont plus de ce monde mais qui sont encore présents dans mes pensées : à tous les membres de ma famille qui ont été présents avec moi pour partager les moments importants de ma vie, aux amis que j'avais avant que nos chemins se séparent avec qui j'avais tant partagé, aux amis de mon épouse avec qui nous avons tissé des liens d'amitié, merci à tous ceux qui ont cru en moi.

À l'ensemble des personnes que j'ai rencontré au cours de mes stages (l'équipe de gériatrie à Briey, l'équipe des urgences à Mercy, Dr Élisabeth Steyer, Dr Frédéric Poirot, Dr Marie-France Baudoin, Dr Hélène Garde-Marty, Dr Christine Lefebvre, l'équipe du SUMPPS au Saulcy, et tous ceux que je n'ai pas pu citer), vous avez fait de moi le médecin que je suis devenu aujourd'hui.

À Damien Gonthier, chef de clinique au département de médecine générale, qui m'a appris la méthode de la recherche qualitative en entretiens semi-dirigés.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	15
PRÉSENTATION DU SUJET	16
1. Rappels sur l'obésité : définition, causes et conséquences	16
2. Prévalence de l'obésité en France	21
3. Risque cardio-métabolique et classifications actuelles.....	25
4. Prise en charge : Recommandations HAS 2011	30
5. État des lieux de la prise en charge de l'obésité en médecine générale.....	33
INTRODUCTION	35
MATÉRIEL ET MÉTHODE	37
1. Schéma général de l'étude	37
2. Population et recrutement.....	37
3. Critères d'inclusion.....	38
4. Critères d'exclusion.....	38
5. Consentement	38
6. Conditions matérielles	38
7. Méthode d'analyse et obtention des résultats	39
RÉSULTATS	40
1. Présenter un excès de poids	41
2. Vécu de l'excès de poids	47
3. Croyances et Représentations	54
4. Motivation à la perte de poids et ses leviers.....	57
5. Freins au suivi du poids liés à la prise en charge médicale et au médecin..	61
6. Freins à un suivi du poids liés au patient.....	68
7. Freins à la perte de poids et à son maintien.....	73
8. Attentes vis-à-vis du médecin généraliste	77

DISCUSSION	82
1. Discussion de la méthode.....	82
2. Discussion des résultats	83
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	94
BIBLIOGRAPHIE	99
ANNEXES	104
ANNEXE 1 : FICHES DE SUPPORT HAS	104
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN	110
ANNEXE 3 : FICHE EXPLICATIVE	112
ANNEXE 4 : VERBATIM DES ENTRETIENS.....	113

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ATP III : *Adult Treatment Panel III*

CSO : Centre Spécialisé de l'Obésité

EOSS : *Edmonton Obesity Staging System*

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : HyperTension Artérielle

IC : Intervalle de Confiance

IDF : *International Diabetes Federation*

IMC : Indice de Masse Corporelle

MAO (phénotype) : *Metabolically Abnormal Obesity* = personne en obésité avec plusieurs critères du syndrome métabolique

MG : Médecin Généraliste

MHO (phénotype) : *Metabolically Healthy Obesity* = obésité métaboliquement saine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAD : Pression Artérielle Diastolique

PAS : Pression Artérielle Systolique

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TT : Tour de Taille

USER : Unité de Soins, d'Enseignement et de Recherche

PRÉSENTATION DU SUJET

1. Rappels sur l'obésité : définition, causes et conséquences

1.1. Définition de l'obésité et de l'IMC

L'obésité est définie par un excès de masse grasse qui a pour conséquence une augmentation du risque de survenue de nombreuses pathologies pouvant nuire à la santé.^[1] La mesure la plus communément utilisée pour déterminer un surpoids ou une obésité est l'indice de masse corporelle (IMC). Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m^2 . L'IMC s'applique aux deux sexes et à toutes les tranches d'âge adultes.

A l'échelle d'une population, l'IMC est corrélé à la quantité de masse grasse. Il doit toutefois être considéré comme une indication approximative car il ne correspond pas nécessairement au même pourcentage de masse grasse selon les individus. L'IMC doit ainsi être interprété avec précaution chez les patients très musclés. Il existe notamment des différences ethniques sur l'augmentation du risque en termes de morbi-mortalité en fonction de l'IMC. Certains groupes de population ont des facteurs de risque de comorbidités pour des valeurs de l'IMC plus faibles chez les Asiatiques et plus élevées chez les personnes âgées. Il faut également tenir compte de facteurs confondants comme une déshydratation ou la présence d'œdèmes. Par souci de comparabilité et de simplification de prise en charge, l'obésité est définie selon l'OMS pour un adulte par un IMC supérieur ou égal à $30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

L'obésité est classée en trois niveaux de sévérité en fonction de l'IMC (et donc de l'augmentation de risque en termes de morbi-mortalité) :

- Obésité de classe I (modérée) : IMC compris entre 30 et 34,99 kg/m²
- Obésité de classe II (sévère) : IMC compris entre 35 et 39,99 kg/m²
- Obésité de classe III (massive ou morbide) : IMC supérieur ou égal à 40 kg/m²
[2][3]

1.2. Causes multiples

L'obésité est le résultat d'un déséquilibre prolongé de la balance énergétique : les apports énergétiques journaliers dépassant les dépenses pendant une très longue période. Des interactions complexes entre des facteurs biologiques, comportementaux, sociaux et environnementaux sont impliquées dans la régulation de la balance énergétique. Nous avons fait le choix de ne pas développer dans le détail l'ensemble de ces nombreux facteurs par souci de clarté, car ils ne font pas l'objet principal de notre travail.

Un point essentiel sera cependant rappelé sur l'histoire naturelle du développement de l'obésité. C'est une maladie chronique évolutive qui suit plusieurs phases :

- Phase préclinique : Les prédispositions à la prise de poids vont se conjuguer à un environnement favorable pour déséquilibrer la balance énergétique ;
- Phase de constitution (clinique) : c'est la phase de prise de poids plus ou moins marquée par les successions prise/perte de poids (yo-yo) ;
- Phase de stabilisation avec plateau pondéral où le bilan énergétique revient à l'équilibre ;
- Phase de perte de poids si la personne tente de le faire avec l'aide d'un professionnel ou en suivant un régime amaigrissant mais elle est alors suivie d'une nouvelle aggravation dans la plupart des cas ;
- Phase de résistance à la perte de poids. Le tissu adipeux de l'individu devient inflammatoire et progressivement dysfonctionnel. La maladie est désormais chronique et de traitement difficile.^[4]

Par ailleurs, de nombreux traitements médicamenteux peuvent favoriser une prise de poids et sont d'usage courant en médecine générale. Nous pouvons citer notamment les corticothérapies, les contraceptifs hormonaux, les antidépresseurs, les antipsychotiques, les antiépileptiques ou encore les traitements antirétroviraux.

1.3. Conséquences de l'obésité

Les personnes présentant une obésité sont plus susceptibles de souffrir d'un certain nombre de maladies qui ont comme conséquence, pour certaines d'entre elles, de limiter l'espérance de vie.

Conséquences somatiques

Beaucoup d'études vont dans le sens d'un lien statistiquement significatif entre l'obésité et l'apparition de nombreuses maladies. Pour ne citer que les principales, nous présenterons ci-après le tableau de résultats d'une méta-analyse reprenant les résultats de 89 études.

Tableau I : Risque relatif des comorbidités en présence d'une obésité selon le sexe ^[5]

Comorbidités	Mesure	Homme	Femme
Diabète de type II*	IMC	6.74 (5.55–8.19)	12.41 (9.03–17.06)
	TT	5.13 (3.81–6.90)	11.10 (8.23–14.96)
<i>Cancer</i>			
Sein en post-ménopause	IMC	Non applicable	1.13 (1.05–1.22)
Colorectal	IMC	1.95 (1.59–2.39)	1.66 (1.52–1.81)
Endomètre	IMC	Non applicable	3.22 (2.91–3.56)
Œsophage	IMC	1.21 (0.97–1.52)	1.20 (0.95–1.53)
Rein	IMC	1.82 (1.61–2.05)	2.64 (2.39–2.90)
Ovaires	IMC	Non applicable	1.28 (1.20–1.36)
Pancréas	IMC	2.29 (1.65–3.19)	1.60 (1.17–2.20)
Prostate	IMC	1.05 (0.85–1.30)	Non applicable
<i>Maladies cardiovasculaires</i>			
Hypertension*	IMC	1.84 (1.51–2.24)	2.42 (1.59–3.67)
	TT	indisponible	1.90 (1.77–2.03)
Coronaropathies*	IMC	1.72 (1.51–1.96)	3.10 (2.81–3.43)
	TT	1.81 (1.45–2.25)	2.69 (2.05–3.53)
Insuffisance cardiaque congestive*	IMC	1.79 (1.24–2.59)	1.78 (1.07–2.95)
Embolie pulmonaire	IMC	3.51 (2.61–4.73)	3.51 (2.61–4.73)
Accident vasculaire cérébral*	IMC	1.51 (1.33–1.72)	1.49 (1.27–1.74)
<i>Autres</i>			
Asthme	IMC	1.43 (1.14–1.79)	1.78 (1.36–2.32)
Lithiase vésiculaire*	IMC	1.43 (1.04–1.96)	2.32 (1.17–4.57)
	TT	2.38 (2.06–2.75)	indisponible
Pose de prothèse articulaire	IMC	4.20 (2.76–6.41)	1.96 (1.88–2.04)
Rachialgies invalidantes ¹	IMC	2.81 (2.27–3.48)	2.81 (2.27–3.48)

TT: tour de taille (seuils retenus = seuils américains soit TT ≥ 88 cm chez la femme et ≥ 102 cm chez l'homme)

* Dans ces situations, les mesures de tour de taille étaient considérées comme de meilleurs prédicteurs de risque que les mesures d'IMC.

¹ Rachialgies chroniques à l'origine d'un arrêt précoce de l'activité professionnelle

Conséquences psychologiques

L'obésité est associée à une plus grande incidence des dépressions. Une méta-analyse de 15 études incluant un total de 58 745 participants confirme ce lien. L'obésité augmentait le risque d'apparition de dépression lors du suivi (Odds Ratio non ajusté, 1,55 ; IC à 95%, 1,22-1,98 ; $p < 0,001$). Inversement, une dépression initiale ne prédisait pas la survenue d'un surpoids au fil du temps. Cependant, la dépression a augmenté les chances de développer une obésité (Odds Ratio 1,58 ; IC à 95%, 1,33-1,87 ; $p < 0,001$).^[6]

Aspects sociétaux

Les personnes présentant une obésité doivent faire face à une stigmatisation marquée qui touche tous les niveaux socio-économiques. Cette stigmatisation est présente dans l'inconscient collectif, ancrée petit à petit par éducation indirecte et par les images véhiculées, notamment par les médias. Les personnes obèses seraient ainsi moins intelligentes, bien que parfois considérées plus sympathiques. Elles manqueraient de volonté et seraient incapables de se contrôler. En pratique, cela est mesurable par un temps passé à l'école plus court, ou par des métiers réputés moins enviés, comme le rapporte l'OMS.^[1] Les travaux de Rebecca Puhl et Kelly D. Brownell en 2001 mettent en avant une stigmatisation documentée dans 3 domaines de vie essentiels à savoir l'emploi, l'éducation et la santé.^[7]

Comme nous le verrons par la suite avec les études de prévalence, l'obésité touche plus les milieux défavorisés, notamment pour les femmes. On retrouve dans une publication de 2008 de Rebecca Puhl que les adultes obèses sont six fois plus susceptibles de signaler une discrimination de corpulence par rapport aux personnes de poids normal. Les femmes étaient plus exposées au risque de discrimination sur la corpulence que les hommes. Celles ayant un IMC de 30 à 35 kg/m² étaient trois fois plus susceptibles d'être victimes de cette discrimination par rapport à leurs homologues masculins d'un poids similaire.^[8]

Thibaut de Saint-Pol, qui fait également le constat d'une plus forte discrimination chez les femmes, explique que : « L'obésité n'est pas qu'un problème de santé. Sa gestion ne se fera qu'en prenant en compte la question de l'apparence des individus et l'importance de la corpulence dans l'ensemble des dimensions de la vie sociale, et en particulier sur le marché du travail. » ^[9]

2. Prévalence de l'obésité en France

2.1. Étude ObÉpi 2012

L'enquête déclarative ObÉpi-Roche a été menée à plusieurs reprises auprès d'individus âgés de 18 ans et plus. L'enquête ObÉpi 2012 poursuit les précédentes enquêtes conduites en 1997, 2000, 2003, 2006 et 2009, toutes réalisées selon une méthodologie identique. Ses principaux objectifs sont d'évaluer la prévalence du surpoids (IMC compris entre 25 et 29,99 kg/m²) et de l'obésité ainsi que l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité depuis 1997.

En 2012, les résultats concernaient 25 714 individus de plus de 18 ans. On retrouvait une prévalence de l'obésité estimée à 15% de la population française, soit plus de 6,9 millions de personnes en extrapolant. La prévalence de l'obésité a augmenté de 76,4% entre 1997 et 2012, ce qui correspond à plus de 3,3 millions de personnes supplémentaires. Cette progression paraît plus modeste si on s'intéresse à la période plus récente entre 2009 et 2012. L'obésité modérée à sévère concernait quant à elle, 13,8% de l'échantillon.

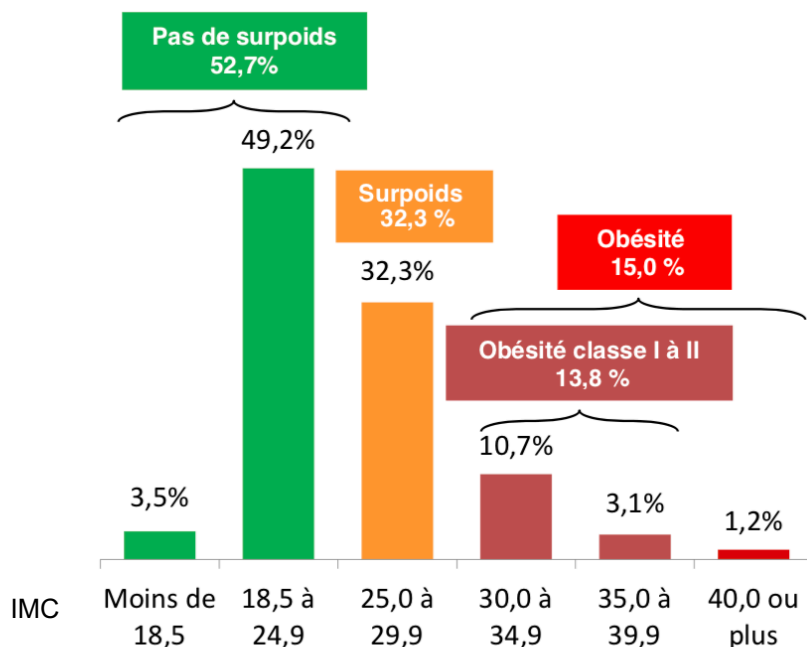


Figure 1 : Répartition de la population en fonction du niveau d'IMC [10]

La prévalence de l'obésité est plus grande pour les tranches d'âge supérieures.

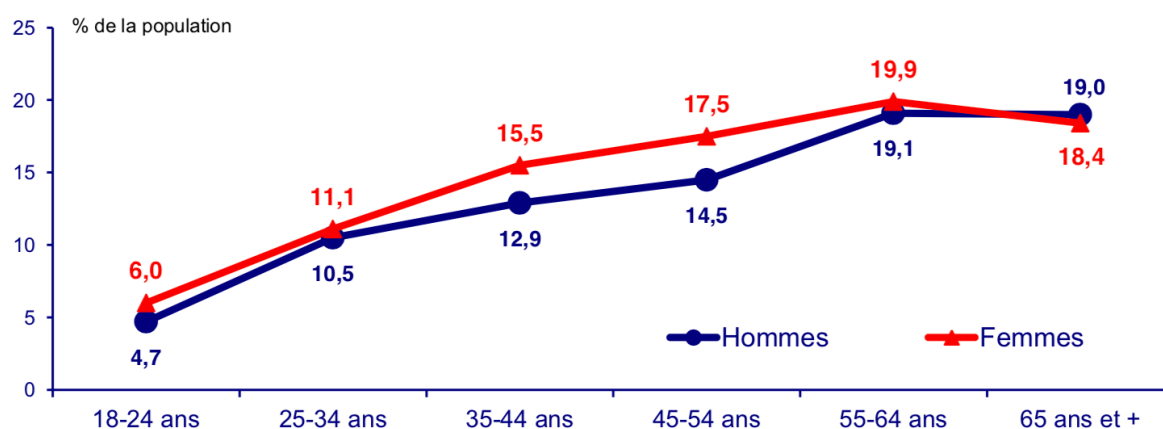


Figure 2 : Répartition de la prévalence de l'obésité par sexe et tranche d'âge [10]

L'augmentation de prévalence la plus importante entre 2009 et 2012 est celle qui touche les 18-24 ans (+ 35%). On constate que plus les générations sont récentes et plus le taux d'obésité de 10% est atteint précocement.

Tableau II : Moyenne d'âge de chaque génération lorsque la prévalence de l'obésité y atteint 10% [10]

Date de naissance	1980-86	1973-79	1966-72	1959-65	1952-58	1945-51
10% de la population obèse	28 ans	32 ans	34 ans	41 ans	45 ans	49 ans

Il persiste un fort gradient socioéconomique inverse avec le niveau d'éducation et le revenu. On retrouve donc une prévalence de l'obésité plus forte dans les milieux défavorisés, bien que la progression de l'obésité touche tous les milieux.

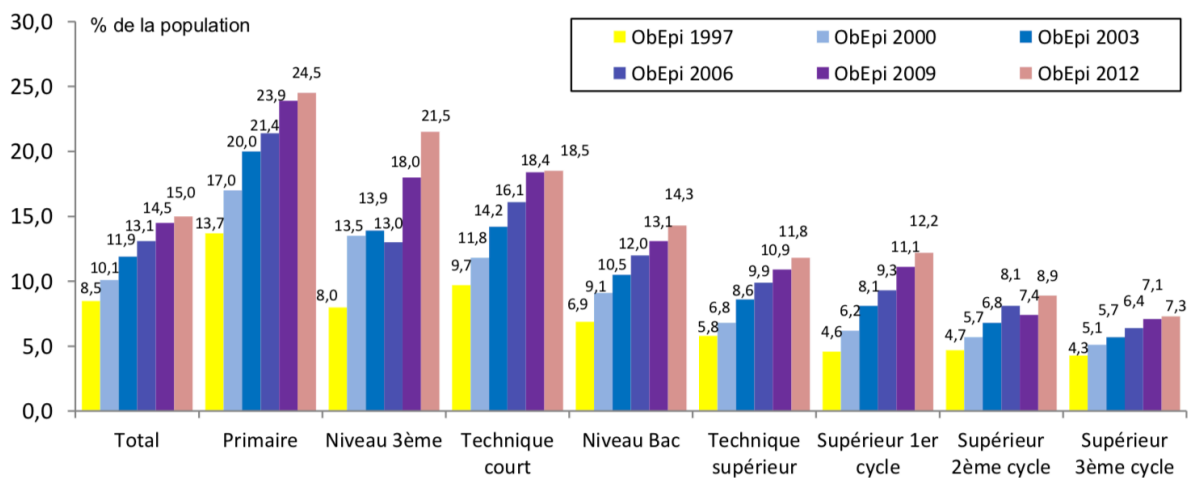


Figure 3 : Répartition de la population adulte obèse en fonction du niveau d'instruction [10]

2.2. Cohorte Constances

La cohorte Constances est un dispositif de recherche français lancé en 2012. Elle rassemble les données relatives à la santé de volontaires affiliés au régime général de l'Assurance Maladie de 18 à 69 ans, tirés au sort. Tous les 5 ans, ils sont invités à passer un examen de santé dans un des 22 centres de l'Assurance Maladie répartis sur 20 départements et répondent à un questionnaire tous les ans.

Les résultats intermédiaires publiés en 2016 permettaient de relever la prévalence du surpoids et de l'obésité sur une population étudiée qui comprenait 28 895 participants, âgés de 30 à 69 ans. (L'effectif dans la cohorte des 18-29 ans étant insuffisant à ce stade du recrutement de la cohorte en raison d'un faible taux de participation, il a été décidé de les exclure des analyses.) La prévalence du surpoids était de 41,0% et 25,3%, respectivement, chez les hommes et les femmes. La prévalence de l'obésité globale était de 15,8% pour les hommes et de 15,6% pour les femmes.

Au niveau local, la prévalence estimée de l'obésité en Meurthe-et-Moselle était de 22,9%, soit plus de 7 points de plus que la moyenne nationale.^[11]

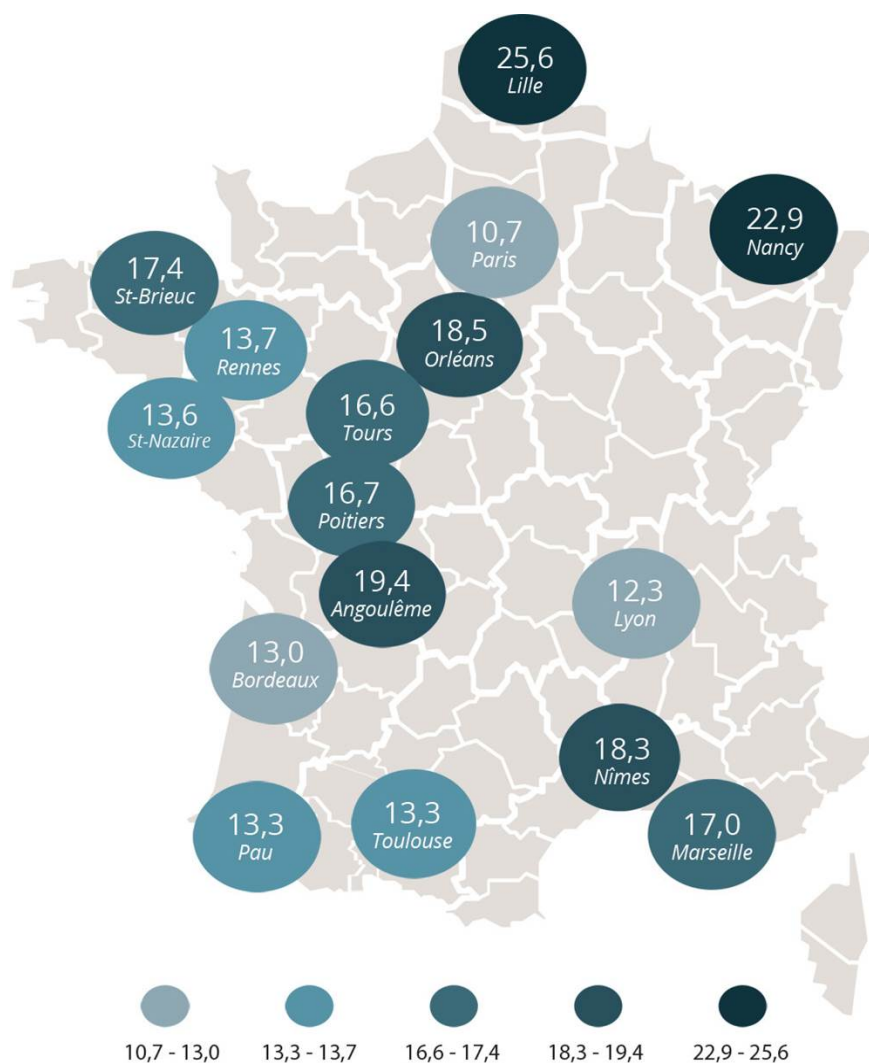


Figure 4 : Prévalence de l'obésité selon les centres départementaux de la cohorte Constances ^[11]

2.3. Étude Esteban

Esteban est une étude se basant sur les résultats de mesures anthropométriques dont la population-cible était celle des adultes de 18 à 74 ans et des enfants de 6 à 17 ans, résidant dans des ménages ordinaires en France métropolitaine (hors Corse). Les résultats datant de 2015 portaient sur un total de 2 467 adultes. La prévalence de l'obésité s'élevait à 17,2%. La proportion d'adultes obèses était de 16,8% chez les hommes et de 17,4% chez les femmes. Les trois quarts des personnes obèses (73%) présentaient une obésité modérée.^[12]

2.4. Projections de la prévalence

Plusieurs études et rapports ont cherché à estimer la prévalence de l'obésité selon les pays dans un futur proche.

L'étude de Pineda E. et al en 2018 a estimé les tendances de l'IMC jusqu'en 2025. Pour la France, les projections pour 2025 retrouvent une prévalence de l'obésité estimée à 24% (IC à 95% : 21-27).^[13] Les projections de l'OCDE pour 2030 prévoient de leur côté un taux d'obésité proche de 20% en France.

3. Risque cardio-métabolique et classifications actuelles

Le risque cardio-métabolique correspond au risque de survenue d'événements cardiovasculaires et/ou d'anomalies métaboliques allant du syndrome métabolique au diabète. C'est lui qui est à l'origine d'une surmortalité, comme nous allons le voir.

3.1. Tour de taille et obésité abdominale

Le tour de taille est un paramètre simple à mesurer qui influence le risque de morbi-mortalité indépendamment de l'IMC. Il est corrélé à la masse grasseuse abdominale (tissu adipeux viscéral et tissu adipeux sous cutané compris) et permet de définir une obésité abdominale.

L'importance de la distribution du tissu adipeux dans le risque de survenue d'événements cardiovasculaires n'est pas une notion nouvelle. Elle avait déjà été mise en avant par une publication suédoise de 1984.^[14] Une étude publiée en 2005 dans le journal « The Lancet » a notamment mis en évidence une association significative entre tour de taille et infarctus du myocarde après ajustement sur d'autres facteurs de risques, tandis qu'après ce même ajustement, on ne retrouvait pas d'association significative entre IMC et infarctus du myocarde.^[15]

Le tour de taille est mesuré avec un mètre ruban maintenu horizontalement en tension légère à même la peau, en fin d'expiration normale, entre le bord supérieur des crêtes iliaques et le bord inférieur des dernières côtes.^[3] L'obésité abdominale est définie avec des valeurs spécifiques du tour de taille en fonction des ethnies. Chez les sujets européens, l'obésité abdominale est définie par un tour de taille ≥ 80 cm chez la femme et ≥ 94 cm chez l'homme (seuils également retenus par la HAS pour définir l'obésité abdominale). Aux États-Unis, des valeurs supérieures du tour de taille sont utilisées pour le diagnostic clinique d'obésité abdominale : ≥ 88 cm chez la femme et ≥ 102 cm chez l'homme).^{[16][17]}

La prévalence de l'obésité abdominale (critère "tour de taille" supérieur au seuil fixé par la HAS) dans la cohorte Constances était de 41,6% et 48,5% respectivement chez les hommes et les femmes.^[11]

3.2. Syndrome métabolique

D'après l'International Diabetes Federation (IDF), l'obésité abdominale est indépendamment associée à une augmentation des triglycérides, une réduction du HDL-cholestérol, une augmentation de la pression artérielle, une augmentation de la glycémie à jeun.

Le syndrome métabolique a été défini de différentes manières par l'OMS en 1999 puis l'ATP III (Adult Treatment Panel III qui correspond au troisième rapport du groupe d'experts sur la détection, l'évaluation et le traitement de l'hypercholestérolémie chez les adultes du programme national américain d'éducation sur le cholestérol) en 2001.

L'ATP III définit le syndrome métabolique par la présence de 3 des 5 critères suivants:

- Élévation du TT ≥ 102 cm pour les hommes et ≥ 88 cm pour les femmes,
- Élévation des triglycérides $\geq 1,7$ mmol/l (équivalent de 1,5g/L),
- Élévation de la pression artérielle : PAS ≥ 130 mm Hg ou PAD ≥ 85 mm Hg,
- Élévation de la glycémie à jeun $\geq 5,6$ mmol/l (1g/L),
- Réduction du HDL-cholestérol $< 1,04$ mmol/l (0,4g/L) pour les hommes et $< 1,29$ mmol/l (0,5g/L) pour les femmes.^[16]

Les critères de l'IDF pour le syndrome métabolique se basent sur un TT supérieur à un seuil fixé selon l'ethnie et le sexe (seuil HAS pour un européen) associé à au moins 2 composants décrits par l'ATP III.^[17]

Les définitions diffèrent finalement peu, les études s'accordant sur une surmortalité et un risque augmenté de diabète de type 2 en cas de syndrome métabolique, quelle que soit la définition utilisée.^{[18][19]}

3.3. Critères actuels de classification

De nombreuses études suggèrent que l'utilisation de l'IMC comme critère de classification unique n'est pas suffisante pour déterminer le risque cardio-métabolique. Comme nous venons de le voir, la mesure du tour de taille ou l'utilisation des critères du syndrome métabolique semblent être des pistes plus intéressantes pour déterminer le niveau de risque cardio-métabolique d'un individu.

Ainsi, on distingue dans la littérature 2 entités distinctes en fonction du risque cardio-métabolique. D'un côté, l'obésité métaboliquement saine (phénotype MHO = *Metabolically Healthy Obese*) désigne les personnes obèses sans anomalie métabolique. Par opposition, les personnes présentant une obésité répondant à plusieurs critères du syndrome métabolique sont décrits dans la littérature par le phénotype MAO (*Metabolically Abnormal Obese*). Une étude américaine note que près de la moitié des individus en surpoids et un tiers des personnes obèses sont métaboliquement saines. Par ailleurs, un tiers des personnes dont le poids est normal au regard de l'IMC sont à risque cardio-métabolique.^[20]

Dans la cohorte Constances, la prévalence du phénotype MHO (défini par une obésité associée à la présence d'aucun ou un seul des facteurs de risque décrits par l'ATP III, sans prise en compte des traitements), était moins élevée chez les hommes (25,7%) que chez les femmes (51,8%).^[11]

Tableau III : Prévalence de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances ^[11]

Paramètre étudié	% Hommes	% Femmes
<i>Obésité globale</i>	15,8	15,6
<i>Obésité abdominale</i>	41,6	48,5
<i>≥2 facteurs de risque définis par l'ATP III</i>		
Insuffisance pondérale	19,5	4,7
Poids normal	26,6	9,3
Surpoids	49,9	25,6
Obésité	74,2	48,1
<i>Obésité métaboliquement saine</i>	25,7	51,8

Le phénotype MHO connaît également plusieurs définitions avec des prévalences variables selon les études. Il ne semble pas garantir un risque cardio-métabolique de base. Certaines études mettent en avant un risque de surmortalité tout de même présent chez les phénotypes MHO par rapport aux personnes de poids normal métaboliquement saines.^[21] Une perte de poids leur permet notamment d'améliorer leur obésité abdominale et leur insulinosensibilité, mais dans une mesure moindre que pour les phénotypes MAO.^[22]

Plusieurs classifications ont donc émergé pour déterminer de façon plus précise le risque cardio-métabolique et in fine le risque de mortalité. Elles se basent, en plus des facteurs de risque que l'on vient de développer, sur leurs retentissements notamment en termes de qualité de vie de la personne. Nous présenterons brièvement la classification Edmonton Obesity Staging System (EOSS).

Tableau IV : Définition des 5 stades de l'EOSS [23]

Stade	Co-morbidités/poids Facteurs de risque	Retentissement somatique et psychologique - QdV- handicap
St 0	RAS pour les lipides plasmatiques, la glycémie, tension artérielle...Pas de signes cliniques	Pas de psychopathologie ou de symptômes fonctionnels, bonne QdV
St 1	HTA limite, hyperglycémie modérée à jeun, enzymes hépatiques un peu élevées	Signes mineurs : quelques douleurs, un peu de fatigue, petite baisse des capacités fonctionnelles & du bien être
St 2	DT2, HTA, SAS, RGO, arthrose	Troubles anxieux, limitation modérée des activités quotidiennes, baisse de QdV
St 3	Pathologie d'organe sévère : infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, complications du diabète, arthrose invalidante	Psychopathologie significative, limitations fonctionnelles ++ Baisse ++ de la QdV
St 4	Défaillance d'organes potentiellement terminale	Psychopathologie majeure, limitations fonctionnelles +++ Baisse +++ de la QdV

QdV : qualité de vie, DT2 : diabète de type 2, SAS : syndrome des apnées du sommeil, RGO : reflux gastro-oesophagien

L'application de cette classification sur l'échantillon de l'étude américaine NHANES (National Health and Human Nutrition Examination Surveys) permet de rendre compte d'une meilleure prédiction de la mortalité que l'utilisation de l'IMC.

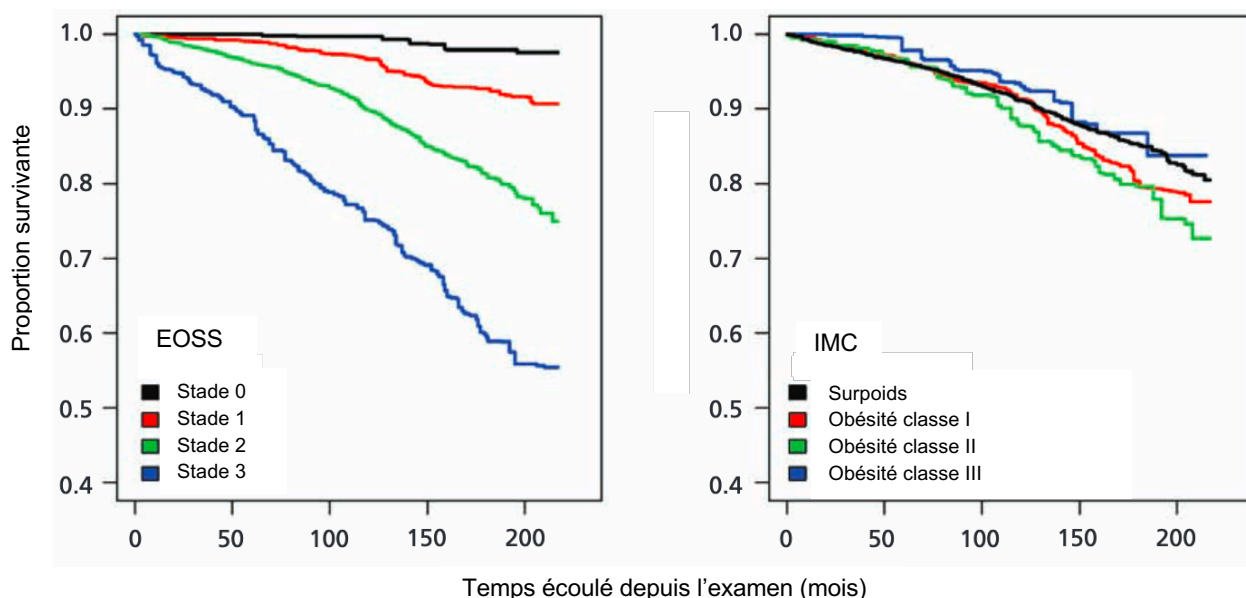


Figure 5 : Comparaison du système de classification EOSS et du schéma de classification anthropométrique par l'IMC permettant de prédire la mortalité toutes causes confondues chez les personnes en surpoids ou obèses de NHANES III 1988-1994. Courbes de survie selon la méthode de Kaplan-Meier [24]

4. Prise en charge : Recommandations HAS 2011

Les recommandations de la HAS pour la prise en charge médicale de premier recours du surpoids et de l'obésité de l'adulte ont été publiées en 2011, en réponse au Plan Obésité 2010-2013. La première mesure de ce plan était de faciliter une prise en charge de premier recours adaptée par le médecin traitant.^[25]

Les professionnels concernés par les recommandations de la HAS sont donc en premier lieu les médecins généralistes (MG), acteurs principaux des soins de premier recours.

Dans un argumentaire complet, la HAS revient sur l'intérêt de dépister un excès de poids en mettant en avant les conséquences du surpoids et de l'obésité et les bénéfices escomptés de la perte de poids chez la personne obèse.

Elle met à disposition des professionnels sur son site internet des outils pour mettre en place une prise en charge. Ces outils sont consultables en annexe 1.

4.1. Bilan initial

Le bilan initial fait suite à la détection d'une obésité. C'est le moment où le MG est invité à retracer l'histoire pondérale du patient et à évaluer son mode de vie en estimant notamment les facteurs de la balance énergétique. L'un de ses buts est de rechercher des facteurs favorisant la prise de poids, mais également les conséquences de l'excès de poids.

La fiche de bilan initial ainsi que la fiche de support à ce bilan sont disponibles en annexe 1.

4.2. Intérêts de la perte de poids et objectifs thérapeutiques

Les enjeux majeurs de la perte de poids pour l'individu sont l'amélioration de l'espérance de vie, mais également de la qualité de vie.

Pour la personne obèse, l'intérêt est notamment de réduire les comorbidités associées à son excès de poids. En particulier, une perte de poids de 5 % à 10 %, maintenue :

- améliore le profil glucidique et lipidique ;
- diminue le risque d'apparition du diabète de type 2 ;
- réduit le handicap lié à l'arthrose ;
- réduit la mortalité toutes causes confondues, la mortalité par cancer et la mortalité par diabète dans certains groupes de patients ;
- diminue la pression sanguine ;
- améliore les capacités respiratoires des patients avec ou sans asthme.

La HAS précise le cap à fixer par le médecin de cette façon : « Il est recommandé d'avoir pour objectif une perte pondérale de 5 % à 15 % par rapport au poids initial. » « Établir avec le patient des objectifs de réduction pondérale réalistes (avec en moyenne une perte de poids de 1 à 2 kg/mois), en définissant des moyens adaptés dans le cadre d'un contrat thérapeutique. » Pour les personnes en situation d'échec thérapeutique, stabiliser le poids est déjà un objectif intéressant.

Le recours en deuxième intention à un autre professionnel serait à envisager en cas d'éventuelle indication à une chirurgie bariatrique ou d'échec de prise en charge initiale par le MG. La situation peut être considérée en échec après 6 mois à 1 an en général. La HAS précisait en 2011 qu'il n'était pas possible d'établir un schéma précis de prise en charge de deuxième recours, très dépendant de la disponibilité locale des différents professionnels.^[3]

4.3. Axes de la prise en charge

La HAS met en avant les 3 leviers qu'il est recommandé d'utiliser par le médecin au cours d'un suivi médical pour atteindre un objectif de perte de poids chez le patient obèse : « Un patient en excès de poids nécessite une éducation diététique, des conseils d'activité physique, une approche psychologique et un suivi médical que le médecin généraliste peut assurer dans bon nombre de cas. » ^[3]

Le type d'intervention à proposer est adapté à l'IMC et à la présence de comorbidités. Le tableau résumant la conduite à tenir est disponible en annexe 1.

Conseils diététiques

« Le médecin doit chercher à corriger un excès d'apports énergétiques et aider le patient à trouver un équilibre alimentaire à travers des modifications durables de ses habitudes alimentaires.

Lorsqu'un amaigrissement est envisagé, le conseil nutritionnel vise à diminuer la ration énergétique en orientant le patient vers une alimentation de densité énergétique moindre et/ou un contrôle de la taille des portions.

Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, le médecin peut proposer des mesures simples et personnalisées adaptées au contexte et permettant au patient de retrouver une alimentation équilibrée et diversifiée (ne pas sauter de repas, contrôler les portions, ne pas se resservir, prendre le temps de manger, éviter le grignotage, diversifier les repas, etc.) » ^[3]

La fiche de conseils pour l'alimentation est disponible en annexe 1.

Interventions visant à augmenter l'activité physique

« L'activité physique quotidienne doit être présentée comme indispensable au même titre que le sommeil ou l'hygiène corporelle. Les patients doivent être encouragés à effectuer au moins 150 minutes (2 h 30) par semaine d'activité physique d'intensité modérée. Cette activité physique peut être fractionnée en une ou plusieurs sessions d'au moins 10 minutes. Pour en retirer un bénéfice supplémentaire pour la santé les adultes devraient augmenter la durée de leur activité physique d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes (5 h) par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité physique d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue. Le type d'activité physique doit être expliqué et négocié avec le patient en fonction de ses possibilités et de sa motivation. » ^[3]

Des exemples d'activités physiques en fonction de leur intensité sont disponibles en annexe 1.

Approche psycho-cognitivo-comportementale

« Il est recommandé d'avoir une approche psychologique pour les patients en excès de poids. Elle peut être réalisée par le médecin généraliste et complétée si nécessaire par une prise en charge spécialisée (en particulier en cas de trouble du comportement alimentaire, de trouble dépressif).

Toutes les approches favorisant la relation médecin-patient et l'aptitude au changement peuvent être prises en compte ; mais les techniques comportementales ou cognitivo-comportementales ont fait la preuve de leur efficacité. Les autres techniques ne sont pas encore évaluées. » ^[3]

5. État des lieux de la prise en charge de l'obésité en médecine générale

5.1. Consultations en médecine générale : ECOGEN

L'étude ECOGEN, une étude nationale multicentrique publiée en 2014, s'est penchée sur les éléments de la consultation en médecine générale. Pour recueillir ces éléments, tous les patients consultant les jours de recueil dans les cabinets médicaux ou en visite à domicile dans les 128 centres de données étaient inclus. Parmi les 20786 consultations, on retrouvait seulement 137 résultats de consultations « obésité », et 106 résultats de consultations « surpoids ». Les consultations pour obésité étaient plus longues (20 minutes contre 17 minutes en moyenne). Les moyens mis en œuvre étaient essentiellement des « conseils, recommandations » et « l'examen clinique ». Dans cette étude, on observe donc un grand écart entre la prévalence de l'obésité dans la population et celle des résultats de consultations « obésité » parmi les consultations réalisées en médecine générale.^[26]

5.2. Évaluation des pratiques

Une enquête téléphonique en région PACA en 2005 notait que plus de 9 MG sur 10 considéraient que l'obésité est une maladie dont la prise en charge s'inscrit sur le long terme et 79 % pensaient que la prise en charge des problèmes de poids était de leur ressort. Près des deux tiers avaient comme objectifs pour leurs patients une perte de poids supérieure à 15% du poids initial ou l'atteinte d'un IMC normal.^[27]

Une étude réalisée dans la Haute-Vienne et publiée en 2011 a recueilli 81 questionnaires sur les 200 distribués aux MG de la région. On retrouvait un pourcentage de 19,5 % de la patientèle des MG qui présentait une obésité. Près d'un quart (23,5 %) des MG avaient une formation en nutrition. Trois quarts (76,6 %) des répondants définissaient l'obésité à partir d'un seuil d'IMC supérieur ou égal à 30kg/m². Soixante-dix pour-cent avaient recours au spécialiste dans leur prise en charge et seulement 12,8 % des MG associaient les trois modalités de prise en charge : intervention diététique, activité physique et prise en charge psycho-comportementale. L'étude retrouvait également que 27,7 % des répondants utilisaient les traitements médicamenteux et 21,0 % les régimes hyperprotidiques.^[28]

5.3. Discussion sur l'application des recommandations

Comme nous venons de le voir, l'application des recommandations par les MG est inégale. Les recommandations sont intégrées dans les pratiques des MG sous la forme d'un modèle qui associe d'un côté la référence aux données scientifiques et de l'autre l'adaptation à la singularité de la situation. La vision statistique du patient par le biais de la médecine des preuves est confrontée à la réalité sociale de l'individu plus ou moins doté d'autonomie et de ressources. Pour le médecin qui doit faire la part des choses, l'essentiel reste d'acquérir la confiance du patient et de la conserver.^[29]

INTRODUCTION

L'obésité est un problème de santé publique dont la prévalence ne cesse de s'accroître au fil des années. L'OMS constate cette évolution depuis longtemps et avait même établi dès 2000 un rapport de prise en charge de cette épidémie mondiale.^[1] L'obésité est désormais à l'origine d'un recul inédit de l'espérance de vie dans certains pays développés. Elle est considérée comme une maladie chronique, car elle est, comme les autres maladies chroniques, responsable de comorbidités dans le temps si elle est mal maîtrisée.

En France, les dernières études de prévalence rapportent des prévalences estimées de l'obésité entre 15 et 17% de la population.^{[10][11][12]} Dans ce contexte, la HAS a publié en 2011 des recommandations de bonne pratique mettant le médecin généraliste au centre de la prise en charge médicale de premier recours du surpoids et de l'obésité de l'adulte.^[3] Ces recommandations se fondent sur des preuves scientifiques et des accords d'experts avec pour objectif pour les patients obèses une perte de poids. Mais de la même manière qu'une mauvaise observance de la prise d'un médicament prescrit conduit à un manque d'efficacité en termes de bénéfices escomptés, un suivi non engagé ou arrêté du poids chez le médecin ne pourra pas se montrer avantageux. Dans ce sens, plusieurs études ont montré que ce n'était pas tant le type d'intervention diététique qui comptait pour obtenir une perte de poids mais plutôt l'assiduité de réalisation d'un suivi.^{[30][31]}

Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité ont été soulignées dans plusieurs études. En région PACA, l'une de ces études note que 58 % des médecins généralistes se sentaient peu ou pas efficaces lors de la prise en charge de patients obèses adultes. Environ 30 % des MG ont déclaré des attitudes négatives envers les personnes en surpoids ou obèses.^[27] Dans une étude menée en Haute-Vienne en 2011, 58,8 % des MG se sentaient inefficaces, 52,9 % pensaient avoir trop peu de temps et 50,0 % trop peu de formation. Vingt-huit pour cent des MG n'étaient pas intéressés par l'obésité.^[32]

Selon le travail de thèse de Pierre Mestoudjian réalisé à Paris, environ un médecin sur deux a l'impression de stigmatiser son patient obèse lors d'une consultation. 31% des médecins ont peur des obèses. 76 % des médecins ne pensent pas être la personne idéale pour aider un obèse à perdre du poids.^[33] Selon Sandrine Turra-Michel et Valérie Mondon-Winum qui ont réalisé leur étude en zone franche urbaine en Lorraine, le médecin généraliste éprouve des difficultés à aborder la thématique de l'obésité et il manque de temps pour prendre en charge les patients. Il se sent souvent en décalage avec le patient concernant les critères diagnostiques et les solutions proposées.^[34]

Les médecins généralistes expriment aussi des difficultés qui émanent des patients. Selon l'étude de Myriam Hernandez-Bridier réalisée en Picardie, la « mauvaise compliance » ou le « manque de motivation » sont évoqués par 71,2% des médecins répondants.^[35] Dans l'étude réalisée en Haute-Vienne précédemment citée, les cinq difficultés de prise en charge les plus citées par les MG étaient liées aux patients : mauvais suivi des conseils d'activité physique (94,1 % des répondants), diététiques (91,1 %), psychologiques (72,0 %), manque de motivation (92,6 %), présence de troubles du comportement alimentaire (83,8 %).^[32]

Au final, à part quelques travaux réalisés via des questionnaires, relativement peu d'études se sont intéressées à écouter le point de vue du patient présentant une obésité. En outre, nous n'avons retrouvé aucune étude cherchant à comprendre ce qui pouvait empêcher les patients obèses de réaliser et poursuivre un suivi médical du poids (et de ses comorbidités) avec le médecin généraliste. Comme le rappelle la HAS dans ses recommandations, ce dernier reste le personnel soignant de premier recours et à ce titre représente un maillon essentiel de la prise en charge de la maladie chronique que représente l'obésité. Son rôle est central et primordial dans la prise en charge et l'accompagnement de l'obésité modérée à sévère.

L'objectif principal de notre étude est de décrire le vécu du poids et de son suivi chez le médecin généraliste et plus particulièrement, d'identifier les freins à un suivi dédié du poids par le médecin généraliste, tels qu'ils sont perçus par les patients en obésité modérée à sévère.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Schéma général de l'étude

Notre étude s'inscrit dans le champ de la recherche qualitative. Pour obtenir des résultats variés, la méthode de recueil des informations était l'entretien semi-directif individuel. Les thèmes abordés avec les interrogés ont été l'histoire pondérale, les représentations de l'obésité et son retentissement, les pertes de poids (moyens, motivations, contraintes et vécu) ainsi que les attentes vis-à-vis de la prise en charge réalisée par le médecin généraliste. Le guide d'entretien est consultable en annexe 2.

2. Population et recrutement

Notre étude s'est intéressée aux personnes présentant une obésité modérée à sévère, personnes les plus concernées par une intervention du médecin généraliste sur le poids selon les recommandations de la HAS. Le recrutement se faisait au moment d'une consultation. Il s'est déroulé en plusieurs phases. Dans un premier temps, nous avons été aidés par des médecins généralistes faisant partie de 2 Unités de Soins, d'Enseignement et de Recherche (USER). Il s'agit de 8 médecins répartis sur les départements de Moselle et Meurthe-et-Moselle, en territoires urbains, périurbains et ruraux. Nous avons pu participer à ce recrutement étant alors en Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS) chez 5 médecins d'une USER mosellane. Par la suite, pour rechercher des profils de personnes plus jeunes, le recrutement s'est poursuivi au cours du stage réalisé au sein du service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) du campus universitaire du Saulcy à Metz. Nous avons ensuite finalisé notre recrutement au cours de remplacements libéraux de médecins généralistes sur la métropole messine en ciblant les profils de personnes non interrogées avant de pouvoir décider de la saturation des données.

3. Critères d'inclusion

- Adultes dont l'IMC est compris entre 30 et 39,9 kg/m²
- Personne disponible, acceptant la réalisation d'un entretien semi-dirigé, l'enregistrement audio de cet entretien et la publication des résultats anonymes de l'analyse des enregistrements dans le cadre de la réalisation d'un travail de thèse

4. Critères d'exclusion

- patients de moins de 18 ans ou de plus de 60 ans
- patients ayant réalisé une chirurgie bariatrique ou dont l'IMC est $\geq 40\text{kg/m}^2$

5. Consentement

Le consentement a été recueilli pour chaque participant de manière orale à 2 reprises :

- lors de la phase de recrutement, accompagné d'une fiche d'information explicative pour les personnes qui ont été recrutées par d'autres médecins que nous (fiche explicative disponible en annexe 3) ;
- avant la réalisation de l'entretien, par nous-même.

6. Conditions matérielles

Chaque participant a été interrogé par le thésard soit à son domicile, soit dans les locaux du SUMPSS au campus du Saulcy de l'Université de Lorraine, soit dans un cabinet médical en dehors des horaires de consultation. Il était demandé aux participants de prévoir un temps de 30 à 45 minutes à nous consacrer.

L'enregistrement des entretiens était double : par dictaphone et par téléphone via une application dédiée. Nous obtenions ainsi des documents audio enregistrés sous 2 formats (.mp3 et .aac).

7. Méthode d'analyse et obtention des résultats

La retranscription des entretiens a été menée par le thésard sur traitement de texte à partir de l'écoute des enregistrements des entretiens. Si une partie de l'entretien était inaudible, elle n'a pas été retranscrite. Les hésitations et les phrases interrompues par une nouvelle réflexion ont été reportées par des points de suspension. Les éléments non verbaux (attitudes, soupirs...) ont été décrits entre parenthèses et en italique. Les interventions de l'enquêteur apparaissent en bleu, tandis que les réponses des interrogés sont en noir. Les interventions de tierce personne présente selon la volonté de l'interrogé ont été clairement identifiées en rouge. Les explications de contexte apparaissent en italique.

L'analyse du verbatim ainsi obtenu a été menée selon la méthode de théorisation ancrée permettant de réaliser plusieurs niveaux de codages :

- premier niveau : codage ouvert (description au plus proche de la pensée de l'interrogé)
- deuxième niveau : codage axial (regroupement de codages ouverts ayant un sens commun)
- troisième niveau : codage thématique (regroupement de codages axiaux en thèmes)

L'analyse a été réalisée de manière individuelle par le thésard et les directeurs de thèse. La mise en commun de ces deux analyses aboutit à une triangulation des données. Cette dernière a notamment permis de décider de la saturation des données lorsque l'on ne peut plus définir de nouveau codage axial et que l'échantillon des interrogés est suffisamment diversifié.

RÉSULTATS

Au total, 11 entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés. Le plus court a duré 16 minutes, tandis que le plus long a duré près de 45 minutes, avec une durée moyenne de 25 minutes par entretien. Notre échantillon comprenait 6 femmes et 5 hommes, avec un âge moyen de 44 ans. La corpulence moyenne calculée par l'IMC était de 36,1 kg/m². Le détail des caractéristiques des individus interrogés est présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau V : Tableau de diversité de l'échantillon interrogé

Patient	Âge	Sexe	IMC	Excès de poids dans l'enfance	Régimes amaigrissants	Suivi du poids avec le MG
P1	45	femme	39,9	non	oui	comorbidités*
P2	58	femme	39,4	oui	oui	comorbidités
P3	59	homme	32	oui	non	comorbidités
P4	58	femme	38,3	oui	non	comorbidités
P5	31	homme	35,7	oui	non	non
P6	20	homme	38,9	oui	non	non
P7	23	homme	34,4	oui	non	oui
P8	55	femme	38,5	non	oui	oui
P9	37	femme	32,7	non	oui	non
P10	54	femme	36,5	non	oui	non
P11	46	homme	30,9	oui	oui	non

* suivi des comorbidités liées à l'excès de poids sans suivi dédié au poids

Notre analyse a mis en avant plusieurs thèmes abordés par les personnes interrogées. Nous allons détailler par la suite tous les axes ressortis de chacun. Le premier thème concerne les caractéristiques individuelles par rapport à leur excès de poids. Les patients interrogés relataient en réponse notamment à la première question d'introduction leur histoire pondérale. Nous avons regroupé sous ce premier thème la description réalisée sans affect des causes et conséquences de leur excès de poids. Le deuxième thème met en avant les vécus et les différents affects vis-à-vis de l'excès de poids et de la recherche de perte de poids. Le troisième thème explore les représentations et croyances. Le quatrième thème évoque l'aspect motivationnel à la recherche de perte de poids. Les thèmes suivants répondent à l'objectif principal de l'étude. Ils détaillent l'ensemble des freins, directs ou indirects, à un suivi du poids chez le médecin généraliste. Ce point central a été divisé en 3 thèmes : les freins liés à la prise en charge médicale, les freins à un suivi liés au patient et les freins à une perte de poids. Enfin, le dernier thème se penche sur les attentes qu'ont les interrogés pour améliorer la prise en charge du médecin généraliste. Il met également en avant les points déjà appréciés dans la prise en charge actuelle.

Pour illustrer les concepts issus de l'analyse des entretiens, des exemples tirés du verbatim des entretiens (annexe 4) seront cités suivis d'un code de référence. Par exemple, le code « P1, I.7-8 » correspond à une citation du Patient interrogé en numéro 1 au niveau des lignes 7 à 8.

1. Présenter un excès de poids

1.1. Début de l'excès de poids

L'histoire pondérale des patients est marquée par le moment du début de l'excès de poids. Pour s'y référer, les patients s'appuient sur 2 périodes charnières de leur vie au cours desquelles (ou après lesquelles), ils ont pris du poids.

Enfance

Pour plusieurs, l'excès de poids se développait depuis l'enfance : « à partir de 5/6 ans peut-être, ça a commencé » P2, l.10, ou un peu plus tard : « j'ai été assez mince jusque la puberté à peu près. » P11, l.7.

Grossesse

Pour certaines femmes, c'est après leurs grossesses que l'excès de poids s'est installé progressivement : « j'ai gardé ce poids jusqu'à ma première grossesse où j'ai pris beaucoup de poids » P9, l.6-7.

1.2. Évolution du poids et recherches de perte de poids

Les trajectoires de poids selon l'histoire que nous ont délivrée les patients sont très différentes pour chacun. On note par exemple un patient « *extrêmement maigre* » (P7, l.8) dans l'enfance avant de développer un excès de poids. Un autre a pu constater une perte de poids sans la rechercher au cours d'une période de dépenses énergétiques plus importantes que les apports : « là on bougeait beaucoup donc le poids est... un moment, je l'ai vite perdu quoi. Ben c'était simple hein, c'étaient des petites salades, le midi, le soir » P5, l.89-91.

La recherche de perte de poids est souvent à l'origine des fluctuations pondérales. Beaucoup de patients déclarent avoir présenté des évolutions de leur poids en yo-yo : « on prend du poids, on essaie d'en perdre, on en perd 10 et on en reprend 5 et puis voilà » P4, l.28-29, notamment à la suite de régimes amaigrissants avec au final une aggravation de l'excès pondéral : « j'avais fait le régime Dukan mais j'ai perdu je crois une dizaine de kilos mais j'en ai repris le double. » P9, l.57-58.

« Régimes classiques » et « régimes personnels »

Les régimes pratiqués par les interrogés étaient divers et variés : « régimes hyperprotéinés » P11, l.16, « J'ai essayé de faire Weight Watchers » P10, l.179.

Pour une patiente, les régimes se sont succédé : « *J'ai fait les régimes protéinés, j'ai fait Dukan, j'ai fait Weight Watchers... j'ai... j'ai fait régime de soupes aux choux... j'ai fait les pots de bébés...* » P1, l.18-20.

Plusieurs patients évoquent avoir essayé un « régime personnel » élaboré par eux-mêmes : « *j'ai organisé mes régimes moi-même en fonction de mes besoins et mes envies* » 2.106. Il s'agissait surtout :

- de faire plus d'activité physique au quotidien : « *Là, je prends pas l'ascenseur, je fais que de prendre les escaliers.* » P3, l.103 ;
- et d'avoir une alimentation moins riche : « *essayer de limiter le nombre de calories* » P3, l.118.

Prise en charge professionnelle du poids

La recherche de perte de poids a été réalisée pour certains avec l'aide de professionnels de santé, comme le médecin traitant pour le patient 8. Pour un des patients, les tentatives de perte de poids ne s'envisagent pas sans l'aide d'un professionnel: « *j'n'ai pas essayé de perdre du poids tout seul quand je n'avais pas de diététicienne* » P7, l.47-48. Pour d'autres, il s'agissait de propositions d'orientation du médecin généraliste vers un autre professionnel ou une autre structure spécialisée : « *j'ai mon médecin traitant qui m'a renvoyé vers un centre hospitalier spécialisé dans le suivi de l'obésité* » P6, l.28-29.

1.3. Causes de prise de poids

Les causes de prise de poids développées par les patients étaient multiples.

Sédentarité

La sédentarité a été ciblée : « *le fait de...de plus... prendre... ben de plus trop marcher, de plus prendre le bus, d'avoir la voiture personnelle* » P1, l.7-8 , notamment du fait du travail : « *j'ai un travail qui est plutôt sédentaire.* » P11, l.36-37.

Alimentation

Pour les patients interrogés, l'alimentation est un point essentiel qui explique la prise de poids de plusieurs manières.

C'est notamment la force des habitudes qui dicte la façon de s'alimenter de nos interrogés. Nous notons d'une part l'importance ressentie des rythmes alimentaires ne correspondant pas au schéma traditionnel des 3 repas quotidiens pris à table. Ces rythmes différents sont encore une fois expliqués par le **travail** : « *des micro-régimes par le boulot* » P3, l.21. Le travail peut aussi influencer la qualité des repas : « *C'est vrai qu'avec les collègues entre midi, on rentrait pas et on allait systématiquement manger au restaurant quoi.* » P1, l.12-13.

Les habitudes sont également forgées par le mode de vie actuel avec l'envie de se faire plaisir, avec une **gourmandise intégrée comme mode de vie** faisant partie de sa culture : « *j'suis aussi gourmand donc forcément... C'est le côté basque où là-bas, on est habitué à bien manger, la bonne charcuterie, puis des bonnes choses donc forcément (rires)* » P5, l.30-32.

On retrouve chez certains patients la notion de prises alimentaires trop conséquentes de type **hyperphagie** : « *J'ai aucune limite. Si j'veux, j'ai pas de limite. C'est-à-dire Obélix quoi, qui mange un sanglier. (rires)* » P2, l.31-32.

Toujours dans le cadre de comportements alimentaires, le problème de l'alimentation en **réponse à un stress ou à une situation éprouvante** a été soulevé : « *quand vous avez rien, que c'est... on voit que du noir tout le temps, ben, forcément on se rabat sur soi-même. Un peu de nourriture et puis on prend du poids* » P5, l.19-21. Les situations à l'origine de ce stress ont été un déménagement pour un patient : « *j'ai déménagé vers 8 ans et là j'ai, j'ai repris du poids.* » P7, l.10-11, ou un divorce des parents pour un autre : « *j'ai commencé à prendre du poids dans une période où je vivais seul avec ma mère, mes parents étant divorcés* » P11, l.12-13.

Santé

Les patients ont mis en avant des prises de poids en lien avec la prise d'un traitement. Ils relatent les **effets de leur corticothérapie** : « *cortisone et compagnie, on prend encore du poids.* » P10, l.13-14.

La prise de poids faisant **suite à une maladie** a également été évoquée : « *parce que j'avais été traité.... pour une tuberculose.* » P3, l.7.

L'arrêt du tabac a été reconnue comme un contexte favorisant : « *J'me suis aussi arrêté de fumer alors ça a sûrement... alors peut-être que ça a contribué* » P2, l.197.

Environnement

L'environnement dans lequel évoluent les patients semble aussi avoir une importance non négligeable dans le développement de l'excès de poids des patients. C'est notamment **l'environnement familial** qui est en cause, par exemple avec le rôle des parents : « *mon père avait pas une alimentation extrêmement saine donc... j'ai dû suivre le mauvais exemple* » P6, l.9_10 ; ou encore dans le cadre de famille d'Immigrés : « *à l'époque, c'était pas le souci majeur de... j'veux dire de mes parents et d'autres parents immigrés.* » P4, l.8-9 ; ou d'une situation éprouvante familiale comme nous avons pu le voir précédemment. Plus tard, c'est le fait de devenir mère au foyer qui a favorisé l'excès de poids d'une patiente : « *quand on est à la maison, ben on prépare les p'tits plats, on prépare les gâteaux pour les enfants, puis on prépare... et puis bon ben je goûtais avec eux* » P4, l.26-27.

Une patiente s'est interrogée sur le **rôle de la société de consommation** actuelle dans les pays riches : « *Puis c'est la société de consommation enfin... bon. Si on est... si on a des gens en surpoids, c'est bien que on a trop de choses, on a une alimentation trop riche enfin... voilà.* » P8, l.247-248.

Causes congénitales

Les entretiens ont soulevé le rôle de **l'hérédité** : « *une histoire génétique je pense parce que bon c'est vrai que dans la famille on est sujet à prendre du poids.* » P3, l.15-16.

Avoir présenté un **petit poids de naissance** a pu jouer un rôle : « *J'étais un petit poids : 2kg4, un truc comme ça, voilà le résultat* » P2, l.42-43.

Évolution naturelle

Une patiente a remarqué que la prise de poids chez elle se faisait de manière inexorable avec l'âge : « *après avec le temps, l'âge, on prend un peu de poids.* » P10, l.11-12.

1.4. Conséquences de l'excès de poids

Maladies

Les patients 3 et 4 ont vu chez eux se développer un diabète. Le patient 3 présente également des apnées du sommeil : « *j'fais des apnées du sommeil, aussi, parce que ça aussi... corrélation* » P3, l.30-31. Nous reviendrons également plus tard sur le cas de la patiente 8 qui présente une hypertension artérielle mais également « *des douleurs au genou* » P8, l.135.

Capacités fonctionnelles

Les sujets interrogés constatent que leurs capacités fonctionnelles sont diminuées par rapport aux personnes du même âge sans excès de poids (ou par rapport à eux-mêmes lorsqu'ils n'en présentaient pas encore). Ils ressentent notamment une perte d'endurance : « *pour les activités physiques on est plus vite essoufflé* » P9, l.34, « *y a des gestes qui sont fatigants* » P4, l.66 et ne parviennent plus à bouger comme ils le souhaitent : « *me baisser ben j'vais l'faire mais c'est pas comme quand vous avez... 30 kilos de moins.* » P4, l.83-84, y compris dans les mouvements simples : « *marcher, c'est terrible pour moi.* » P2, l.86-87. Pour un patient, cela représente un handicap pour son travail physique : « *ça devient un handicap au niveau du travail parce que faut forcer 2 fois plus, on a plus mal au dos.* » P5, l.54-55.

Conséquences sur le quotidien

Pour les femmes de notre échantillon, les difficultés « *pour s'habiller* » (P9, l.33) s'ajoutent aux problèmes posés par l'excès de poids au quotidien, mais c'était aussi le cas pour un homme : « *j'aime bien les fringues et quand vous avez pris du poids c'est plus compliqué de s'habiller, ça c'est clair* » P11, l.61-62.

2. Vécu de l'excès de poids

2.1. Vécus et Ressentis divers de l'excès de poids

Dans cette partie, nous avons regroupé toutes les descriptions des vécus de l'excès de poids selon différents axes.

Par rapport à l'évolution du poids dans le temps

Les patients nous confient un sentiment de **culpabilité** : « *c'est quand même quelque chose dont on est responsable* » P2, l.79. Le patient 3 ajoute : « *on se sent un peu coupable alors que en fait on ne l'est pas* » P3, l.45.

Il existe également chez les patients en obésité une certaine **appréhension des conséquences** possibles du poids : « *ça peut être dangereux.* » P5, l.57. Ce même patient nous déclarait pourtant qu'il avait vécu au quotidien sans se préoccuper du poids : « *moi j'faisais ma vie comme tout le monde sans... m'en inquiéter.* » P5, l.4-5.

Par rapport à l'entourage

Les sujets interrogés nous ont fait part de leur vécu du poids au sein de leur famille. L'entourage se montre le plus souvent **bienveillant**. Le patient 6 nous fait remarquer que son entourage l'a toujours connu en surpoids, qu'il n'a pas fait de différence avec lui : « *j'ai eu de la chance de toujours avoir des gens autour de moi qui... qui ont pas fait de différence, qui m'ont pas insulté sur ça* » P6, l.44-45.

Pour une patiente qui est mère, elle a eu le souci de **faire attention pour ses enfants** : « *nous on a fait attention pour nos enfants pour pas qu'ils aient le même problème que nous.* » P4, l.7-8.

Par rapport à la société

Cette section fait notamment référence aux affects ressentis par les personnes en obésité face aux jugements de valeur renvoyés par la société. **Beaucoup souffrent du regard qui leur est porté** : « *Le regard des autres, c'est pas toujours... facile à porter quoi. Enfin à accepter ou à... ou à recevoir.* » P4, l.66-67 ; « *on se sent seul quoi par rapport à des... à j'pense la réaction des gens de... de la rue... bêtement ,la réaction bête quoi.* » P3, l.75-77. La stigmatisation sociétale s'est également manifestée à l'âge scolaire : « *en classe, ben c'est connu, on se fait chagriner, on en prend plein la tête, y a toujours des moqueries.* » P5, l.53-54.

Tandis que **d'autres n'y portent pas attention**, car ça ne pose pas de souci d'estime de soi, ni d'influence sur la vie sociale en général : « *j'ai pas l'impression que ça ait beaucoup... influencé ma vie sociale, sincèrement. Ça a pas été un frein à l'embauche, ça a pas été un frein dans mon développement d'activités, dans ma relation avec les autres...* » P11, l.87-89 ; ou ne voient tout simplement pas pourquoi ils devraient ressentir une gêne : « *comme ça fait depuis toujours, pour moi, c'est, c'est, c'est la banalité, c'est-à-dire que... J'me sens pas différent.* » P6, l.42-44.

Image de soi

Les patients en obésité ont pour beaucoup un **vécu difficile de la modification de leur image** avec la prise de poids. Pour certaines femmes, c'est un changement qui n'a pas été accepté, ni intégré : « *quand je suis face à moi-même, j'ai un choc au départ. J'me reconnais pas. Je ne me reconnais pas. Je ne... me vois pas comme je suis.* » P2, l.65-67 ; « *on ne se reconnaît pas. On est enlaidi. On est... on n'est plus nous-mêmes... enfin moi je ne suis plus moi-même. Je ne me reconnais pas.* » P8, l.22-24. L'une d'entre elles ne se plaît plus mais de son point de vue, c'est bien son avis personnel sur son image qui prime : « *le regard des autres m'importe peu... enfin un p... moins que le mien personnel.* » P10, l.56-57.

Des hommes déclaraient de leur côté ne pas se sentir obèses et **faire une différence entre leur image et l'image que l'on se fait de l'obésité** : « *moi je me considère pas comme quelqu'un d'obèse même si statistiquement je le suis peut-être.* » P11, l.77-78.

Un autre nous confie cependant être dérangé par son apparence physique plus que par le poids en lui-même au point de ne pas vouloir s'accepter tel qu'il est : « *je n'ai pas envie de m'accepter tel que je suis maintenant.* » P7, l.101. L'origine de ce problème selon ses propres réflexions est le fait d'avoir intégré très tôt la **culture de l'image imposée socialement** : « *ce monde il fonctionne un peu comme ça genre oui ben... la culture de l'image avant tout et après j'me suis mis ça dans la tête.* » P7, l.37-38.

Moral

L'humeur et le moral sont en lien avec l'image de soi : nous notons un mal être en lien avec le souci esthétique et fonctionnel que représente l'excès de poids ainsi qu'une **perte d'estime de soi** avec la situation qui perdure : « *sur le plan de l'estime de soi vraiment, c'est, c'est très très difficile à vivre.* » P8, l.24-25.

En général, les patients en obésité rapportent un vécu difficile de leur excès de poids : « *quand on est fort, c'est pas marrant tous les jours.* » P4, l.47. Une patiente nous exprimait qu'au moment de l'entretien, son moral était au plus bas : « *là en ce moment je suis (montre son doigt qui descend) bientôt au fond.* » P1, l.284.

Mais pour un autre, le surpoids est une banalité qu'il a « *assez bien vécu la plupart du temps* » P6, l.12.

Capacités physiques et santé

Les changements qu'impliquent l'excès de poids sont ressentis physiquement par les interrogés qui perçoivent notamment les symptômes de l'effort plus rapidement, ce qui représente « *quelque chose de très contraignant* » (P9, l.31) au quotidien.

Ce retentissement physique ressenti est à l'origine d'une prise de conscience du danger pour la santé : *« jusqu'à arriver à un certain niveau de poids après... on ressent des difficultés physiques et après on sait que c'est pas bon quoi. On a des douleurs, des choses comme ça, qu'on devrait pas avoir. Et je sais que c'est néfaste le surpoids pour la santé »* P5, l.151-154. Une patiente dit ne pas se sentir en forme à cause de son excès de poids : *« J'me sens lourde, j'me sens pas bien. »* P2, l.72-73.

Un autre au contraire ne ressent pas d'influence du surpoids sur ses capacités y compris sportives : *« j'ai toujours pu faire du sport comme les autres »* P6, l.55-56 ; *« J'suis pas à un point où j'peux plus me baisser, ou plus me lever, plus courir, marcher à être essoufflé, non. Je... me sens en bonne santé. »* P6, l.59-60.

Comportement alimentaire

Des patients témoignent de leur vécu par rapport à certains comportements alimentaires qu'ils ont pu présenter :

- Par rapport à une hyperphagie : *« on a beau être pas bien quand on est plein, parce qu'on se remplit, hein j'veux dire... que c'est un mal qu'on arrive à supporter. »* P1, l.215-217 ;
- Par rapport à une prise alimentaire par habitude culturelle : *« on va au resto par exemple, je vais... prendre une entrecôte ou un tartare etc... mais c'est plus du culturel et du réflexe que de l'envie. Et aujourd'hui, j'ai un peu cette a... cette attitude-là de me dire mais t'as vraiment envie de manger quoi »* P11, l.30-33.

2.2. Vécu par rapport à la recherche de perte de poids

Cette section met en avant l'ensemble des affects pendant une recherche de perte de poids qui peuvent être des sentiments positifs, négatifs ou mitigés.

Ressenti initial

Avant de débiter une démarche de perte de poids, les patients décrivent une peur de ne pas parvenir à perdre ou alors un ressenti initial mitigé : « *de l'appréhension un peu au début mais aussi du... comment dire... une motivation aussi.* » P7, l.91. L'expérience de précédentes démarches permet à un de nos interrogés d'être plus patient qu'auparavant : « *j'suis moins impatient de le perdre parce que l'idée c'est de le perdre de manière un peu plus naturelle que ce que j'ai pu faire* » P11, l.19-20.

Ressenti lors des pertes de poids

La réussite que représente une perte de poids apporte **satisfaction** et **fierté** : « *y a quand même une certaine fierté, de se dire « on y est arrivé »* » P4, l.128. Une patiente interrogée nous fait part de son **sentiment euphorique** : « *On est euphorique et on commence à s'aimer un petit peu* » P1, l.125-126. Globalement, les sujets interrogés déclarent se sentir mieux : « *j'me sens bien parce que... j'ai c'que j'veux. Voilà. Donc j'suis sereine.* » P10, l.213-214, même si pour certains, des sentiments plus négatifs d'appréhension viennent s'immiscer avec une **anxiété de reprise du poids perdu** : « *c'est quand même une satisfaction quand on perd du poids. On est toujours content. Alors mais toujours avec cette crainte de « maintenant attention, il va falloir stabiliser »* » P3, l.168-170.

Ressenti lors des échecs

Les tentatives de pertes de poids échouées sont à l'origine d'affects négatifs très forts chez nos patients en obésité. Les patientes notamment ont ressenti de la **colère** envers elles-mêmes : « *j'm'en suis voulu parce que c'est idiot. J'avais perdu, j'aurais pu essayer de... de maintenir et je l'ai pas fait par manque de volonté j'pense* » P8, l.226-227 ; « *déçue parce que j'arrive pas à tenir dans le temps quoi.* » P9, l.97. Pour d'autres patients, ce sont les sentiments de **frustration** qui prédominent : « *c'est un peu frustrant, c'est de se dire ... ouais, on a fait des efforts dans la semaine sur 4-5 jours et en 2 jours on a tout récupéré* » P11, l.159-160.

Lorsque débute une reprise pondérale, une patiente décrit « *un moment de latence qu'on... entre l'euphorie, le moment d'euphorie et le moment où on reprend, j'sais pas c'qui s'passe, c'est un trou noir* » P1, l.127-129.

L'échec répété et le fait d'envisager une chirurgie bariatrique peut laisser le **sentiment d'avoir tout essayé** : « *quand on arrive au point de vouloir une chirurgie, c'est quand même que... on a tout essayé quoi.* » P1, l.59-60.

Ressenti par rapport à la réponse du médecin à la demande de perte de poids

De ce point de vue, nous avons pu constater des sentiments opposés selon la réponse apportée aux patients.

Nous avons d'un côté le **soulagement** que le médecin accepte de prendre en charge le poids : « *Donc je suis allée voir mon médecin traitant et je lui ai demandé si elle pouvait... si elle acceptait de me suivre dans ma perte de poids. Voilà. Et elle m'a dit oui et j'en étais vraiment très soulagée* » P8, l.60-62 ; et la **reconnaissance** que le médecin accepte de ne pas dire le poids : « *Elle a accepté de m'aider en faisant cette petite concession au suivi médical de mon poids. Et ça je lui en suis très reconnaissante parce que ça m'a débloquée un peu* » P8, l.79-81.

D'un autre côté, c'est la **déception** qui prédomine : « *j'trouve ça dommage que... ben que y a pas de prise en charge même au niveau du poids.* » P9, l.160-161. Quand la demande est forte, ce sentiment peut se transformer en **détresse** d'être non entendu par le soignant : « *C'est un appel au secours quand on va voir quelqu'un pour le poids. Il est pas entendu comme ça par la personne en face.* » P1, l.281-283.

Ressenti par rapport à un régime

La pratique très répandue des régimes amaigrissants permet de regrouper une description riche des affects des interrogés sur le sujet.

Les différents régimes ont laissé pour beaucoup un sentiment négatif à nos interrogés. Ils ont été jugés :

- **Trop draconien** : « *c'est tout de suite une restriction beaucoup trop importante* » P9, l.51-52 ;
- **Trop onéreux** : « *parfois, c'est des régimes qui sont liés au suivi d'une diététicienne avec des produits bien à eux, ben c'est le porte-monnaie qui dit stop aussi* » P1, l.28-29 ;
- **Voire même** : « un régime... complètement idiot » (P8, l.11) car reconnu a posteriori **totalemt déséquilibré sur le plan nutritionnel**.

La prise en charge réalisée avec les programmes de régime n'était pas toujours à même de satisfaire nos interrogés. Dans un programme de régime célèbre, c'est le **rituel de la pesée** qui posait souci : « *Alors, vous passez à la pesée... J'ai vraiment l'impression que c'est ça. Passer à la pesée, on note « ah vous avez nanani nanana... » et ça vraiment ça me déplaisait beaucoup* » P8, l.82-84 ou encore une **prise en charge impersonnelle** : « *on n'était pas toujours... peut-être écouté comme on, comme on voudrait être écouté. On n'a pas toujours les conseils qu'on attend. Parce qu'ils donnent des conseils ouais, mais c'est global, c'est pas du cas par cas. Parce qu'on n'est pas toutes pareilles.* » P10, l.184-187. Et dans certaines situations, les patients se sont sentis **abandonnés au niveau du suivi** après la perte de poids initiale : « *On nous lâche un petit peu aussi au niveau des consultations. Ça s'espace aussi. Et après on est complètement livré à nous-même.* » P1, l.145-146.

Avec le recul, certaines expériences ont laissé un goût amer à nos patientes interrogées. Elles se sentent **trompées par une perte de poids initiale spectaculaire** : « *quand vous perdez énormément en peu de temps, vous avez l'impression que c'est miraculeux. C'est un piège absolu parce qu'après vous reprenez tout et plus voilà.* » P8, l.15-17 ; « *rétrospectivement, je trouve ça ahurissant et effrayant* » P8, l.38. Une autre patiente exprime la **répétition du même scénario à chaque régime** : « *par tous les régimes par lesquels je suis passée, je sais qu'à chaque fois je reprends.* » P1, l.259-260.

À côté de cela, nous notons parfois des sentiments plus positifs : « *ça s'est très, très bien passé* » (P10, l.38.) lorsqu'un régime en cours permet d'obtenir une perte de poids.

3. Croyances et Représentations

Les patients interrogés nous ont fait part de leurs réflexions, de ce qu'ils croient savoir ou de ce qu'ils pensent sur l'ensemble des sujets qui touchent à leur excès de poids. Nous reviendrons aussi sur ce que représentent l'excès de poids et l'obésité pour eux.

3.1. Croyances sur l'alimentation

Au sujet du rôle de l'alimentation dans le contrôle pondéral, les patients pensent :

Que manger régulièrement permet de réguler son poids : « *depuis que je suis à la retraite, j'ai perdu du poids, parce que forcément je remange plus régulièrement.* » P3, l.28-29 ;

Ne pas être tous égaux face à la prise de poids et aux tentations alimentaires : « *des gens qui se nourrissent de très peu de choses, qui n'ont pas un attrait particulier pour la bonne nourriture* » P8, l.178-180 ; « *je suis quelqu'un qui naturellement regarde une pâtisserie dans une vitrine et je prends du poids* » P11, l.21-22 ;

Savoir l'impact des repas trop riches sur le poids : « *pour pas grossir, faut pas manger ou faut pas manger c'qu'on mange. On est d'accord ?* » P8, l.176-177 ; « *c'est les quantités. C'est les faits de pas mettre trop d'huile ou trop de beurre ou... C'est ça qui joue sur le poids, mais je le sais.* » P8, l.280-281 ;

Qu'il « *y a peut-être aussi une petite addictologie à l'alimentation* » P2, l.327-328 ;

Que leur alimentation est équilibrée : « *je... pense, enfin je pense pas peut-être que j'dois sûrement faire des erreurs comme tout le monde mais bon au niveau de l'alimentation... mes plats sont à peu près équilibrés* » P4, l.68-70.

Qualité des produits

De nombreux produits proposés à la consommation sont jugés **trop riches** : « *Il suffit toujours de regarder l'étiquette derrière... On voit tout de suite que ben des... ils mettent plus de gras, plus de sucres* » P5, l.214-215.

Une patiente se pose même la question du **rôle joué par les substances chimiques** ingérées dans les aliments industriels : « *on m'enlèvera pas de l'idée que quand même les substances chimiques qu'on nous dit ne pas être bon pour la santé, les cancers, les choses comme ça, ça n'a pas une incidence sur le poids* » P8, l.264-266.

Rôles relatifs de l'alimentation et de l'activité physique

Les patients ont des idées opposées sur les rôles relatifs de l'alimentation et de l'activité physique dans la gestion du poids : « *Je pense que pour moi, c'est davantage le sport qui est plus important pour m'aider que l'alimentation* » P6, l.67-68 ; « *la marche ne m'a pas fait maigrir, j'pense pas, parce que c'est pas assez intensif pour... que ce soit... J'pense que c'est plutôt le... le... l'attention alimentaire* » P8, l.141-143.

3.2. Réflexions sur la recherche de perte de poids

Le patient 5 pense que retrouver une activité par l'emploi pourrait améliorer les choses pour lui : « *trouver une activité, un travail quelque chose comme ça qui permettrait de bouger, de penser à autre chose et puis... tout en perdant du poids. J'pense que c'est le mieux. Parce que c'est sûr que rester assis... sur la télé ou sur l'ordi à broyer du noir en mangeant, c'est pas là qu'on va perdre du poids...* » P5, l.114-117. Il ajoute : « *ça fait aussi beaucoup le mental je pense, pour le poids* » P5, l.16-17.

Dans la quête de perte de poids, une patiente pense qu'être capable de se restreindre serait une force : « *c'est ça qui fait ma force parce que... je pense que... j'ai tellement envie de perdre du poids que... ces omelettes-là me donnent pas trop envie mais j'les mange quand même.* » P10, I.168-169. À son avis, elle est responsable de son échec de perte de poids : « *c'est de ma faute à moi. Parce que j'suis pas capable de le faire toute seule mais... voilà. Moi il me faut de l'aide* » : P10, I.235-237.

Un autre patient pense mieux se connaître après les années et les différentes démarches de perte de poids qu'il a menées : « *je sais un peu comment mon corps fonctionne* » P11, I.106.

3.3. Représentations de l'excès de poids et de l'obésité

Pour les patients en obésité interrogés, l'excès de poids représente « *une invalidité quoi, j'vous dis au niveau physique* » P3, I.70-71, « *un handicap et euh... d'abord et une maladie quand même* » P1, I.81, « *un mal-être* » P4, I.64, un « *danger pour la santé aussi* » P5, I.69-70.

« Obésité »

Le mot « obésité » amène aux patients une référence plus négative par rapport au surpoids : « *Forcément le surpoids, la différence, quand c'est obésité, c'est que c'est pas bon.* » P6, I.49. Parmi les sujets interrogés, le terme « obésité » a été décrit : « *Moi l'obésité, c'est... c'est le pauvre gars qui peut plus bouger de son lit ou qui... qui arrive pas à marcher ou... parce que il est difforme quoi, il a un poids énorme qui le handicape.* » P3, I.90-92. Il s'agit d'un terme très connoté : « *c'est un peu vulgaire comme mot, moi j'aime pas trop le mot là, là c'est plus cliché* » P11, I.75-76, générateur de peur quand on l'associe au mot « morbide » : « *obésité morbide, j'ai entendu aussi. Je sais pas si ça me concernait mais j'en ai entendu le mot qui a fait, qui a fait un peu peur* » P6, I.51-52.

4. Motivation à la perte de poids et ses leviers

4.1. Phases de motivation

Phase initiale

Pour beaucoup, l'initiation d'une démarche de perte de poids est associée à une motivation : « *au début, on a une grande motivation, on a envie de se prendre en main* » P1, l.90 , qui est entretenue par la perte de poids : « *si on perd du poids, on est encouragé à perdre* » P4, l.129-130, notamment si celle-ci est rapide : « *en ayant perdu du poids assez rapidement au départ, ça nous encourage à continuer* » P10, l.92-93, ou accompagnée par un bon suivi : « *elle nous suit très bien donc... à quelque part ça nous encourage à chaque... à chaque visite* » P10, l.322-323.

Démobilisation

Malheureusement, ces bonnes dispositions ne perdurent pas et nous observons ensuite une perte de motivation : « *au début j'étais très très motivée et puis après ma motivation s'est envolée* » P2, l.142.

L'absence des résultats escomptés est particulièrement démotivante : « *on n'a pas de motivation parce que on a pas le résultat espéré.* » P10, l.218-219, notamment quand le poids stagne ou ne diminue pas assez vite : « *la perte de poids était pas assez conséquente donc après on baisse les bras.* » P10, l.190-191.

C'est parfois un événement de vie qui amène à baisser les bras : « *Moi je sais que quand ma mère a dû se faire opérer du cœur, ça nous est un peu tombé dessus comme ça. J'ai tout lâché. J'ai plus trouvé de temps, mais j'veux dire, mon attention, mes priorités ont été happées sur autre chose* » P1, l.92-94, ou lorsqu'on ne voit plus de solution après les échecs répétés : « *si ils peuvent plus rien pour moi, je lâche quoi.* » P1, l.172-173.

Remobilisation

Pour certains patients, on recommence à se prendre en mains quand ça va trop mal : « *il faut une autre période où on touche le fond pour s'dire « bon ben maintenant il faut vraiment que j'me prenne en main, j'en peux plus » » P1, l.97-98, ou quand on prend le temps de s'occuper de soi : « à un moment donné, on se regarde le nombril comme je dis, c'est rare quand même. Et c'est à ce moment-là qu'on dit « Ah mince, faut peut-être... un peu s'occuper de moi » » P1, l.103-105.*

4.2. Leviers à une recherche de perte de poids

Bien-être

Un des principaux leviers à la recherche de perte de poids, « *c'est d'être plus en forme » P2, l.168, de retrouver une forme de « bien-être pour soi » P4, l.111.*

Aspect esthétique

On note surtout chez les femmes l'importance de l'aspect esthétique pour motiver une démarche de perte de poids, notamment pour « *pour moi, pour me plaire à moi » P9, l.79, ou encore pour « me voir un peu plus mince, un peu plus jolie, me sentir mieux » P10, l.116-117.*

Pour un jeune homme, il s'agit d'une démarche essentielle afin de retrouver l'estime de soi : « *m'projeter dans l'avenir, que forcément si je... si je change physiquement, les choses iront mieux » P7, l.56-57.*

Capacités physiques

Certains patients ont mis en avant l'avantage que serait le fait de ne plus être entravé dans son quotidien par ses capacités : « *Pour moi, c'est déjà avoir, de nouveau pouvoir marcher, descendre bien les escaliers » P2, l.170-171.*

Aspects socio-économiques

Ne pas se sentir stigmatisé est un but important : « *pouvoir s'habiller sans aller dans une boutique spécialisée* » P4, l.111-112 ; « *ça correspond davantage à la société qu'on veut actuellement* » P6, l.101-102.

Un sujet interrogé trouve que le fait de trouver un emploi suscite une motivation, notamment pour reprendre un rythme de vie plus sain : « *J'pense la motivation, ce serait plutôt de trouver un emploi quoi. Qui dit emploi dit activité, donc forcément, on bouge plus, on fait un peu attention à notre nourriture et puis après ben voilà quoi.* » P5, l.104-106.

Entourage

L'importance de l'entourage pour susciter une motivation à la perte de poids est notable : « *c'est aussi peut-être... pour l'entourage, parce que bon les enfants nous disent rien mais... des fois j'me pose des questions* » P4, l.112-114. Par exemple, ne pas être seul à rechercher une perte de poids quand on a un conjoint qui a le même problème peut constituer un avantage : « *faire un régime commun. C'est aussi une source de motivation de faire un régime à 2, c'est quand même plus motivant que de le faire seul* » P3, l.149-150. Pour la patiente 10, c'est le retour positif d'une amie concernant un régime qui s'avère déterminant.

Santé

Un des autres leviers importants de la démarche de perte de poids est la santé : la patiente 9 témoigne que sa motivation, c'est sa « *santé avant tout* » P9, l.76, ayant conscience des conséquences de l'obésité : « *en faisant des études en tant qu'infirmière, je sais très bien que... ben j'risque des problèmes cardiaques* » P9.169-170.

Voir les conséquences du poids chez ses proches est déterminant : la source de motivation « *la plus importante j'pense, c'est... c'est la maladie de mon papa. Parce que le diabète... si je fais pas maintenant, si je réagis pas maintenant... ce sera le même chemin pour moi-même. Parce que le diabète donc c'était par rapport à son poids.* » P6, l.89-91 ; « *elle est diabétique de type II, elle a de l'arthrose de partout, elle a du cholestérol aussi, elle a été opérée du cœur -pontage et valve-, elle a été opérée des carotides... J'veux dire je vois c'que ça donne.* » P1, l.36-38. Les conséquences observées pour soi sont à l'origine d'une prise en main : « *j'ai eu un changement alimentaire qui a été consécutif en fait à tous les examens médicaux que j'ai pu faire dans le cadre de l'achat de cette maison.* » P11, l.26-27.

Pour une patiente, c'est la crainte de devoir prendre un traitement des complications qui motive : « *moi j'ai pris un peu comme une menace la possibilité de prendre un traitement* » P8, l.42. C'est une manière pour elle de retarder l'échéance : « *Je sais que peut-être à terme, je devrais prendre un traitement contre l'hypertension bon mais l'idée c'était de le reculer, d'essayer d'éviter le plus longtemps possible de prendre ça.* » P8, l.118-120. Nous notons sur ce point un parallèle intéressant en lien avec les représentations : « *si on prend un traitement, c'est qu'on est malade. Enfin vous voyez, y a tout ce, tout cet aspect raisonnement psychologique qui est peut-être pas le bon mais qui en tout cas qui existe quand même.* » P8, l.58-60.

Balance bénéfiques/risques

Sous cette section sont regroupées les sources de motivation indirectes qui influencent la balance décisionnelle en faveur d'une démarche de perte de poids.

Nous retrouvons par exemple une notion de « trop plein ressenti » de conséquences négatives de l'excédent pondéral à l'origine d'un déclic : « *C'est pas d'aujourd'hui hein que j'ai du poids à perdre hein. Mais j'veux dire, y a eu un déclic qui s'est fait que j'me suis dit "non, c'est pas possible tu peux plus."* » P10, l.68-70.

D'un autre côté, un patient retrouve plus d'avantages que de contraintes à une démarche de perte de poids, notamment en se projetant sur le long terme : « *j'vois pas de contraintes en soi, non. Peut-être se priver, à la limite oui, la privation. Mais... Mais c'est un mal pour un bien. Faut voir à long terme quoi.* » P6, l.102-104.

4.3. Leviers au suivi avec un médecin

Leviers directs

Pour une interrogée, suivre le poids avec son médecin généraliste, c'est rendre la démarche de perte de poids médicale, en lien direct avec la santé, avec une prise en charge plus rassurante : *« c'que mon médecin traitant m'apporte, c'est l'aspect médical qu'on n'a pas forcément avec un nutritionniste. J'me sens plus en sécurité. C'est-à-dire que quand elle me prend la tension, bon voilà, c'est un acte médical. Quand elle me pèse, c'est un acte médical. C'est pas un truc farfelu... »* P8, l.170-173.

Pour une autre patiente, un suivi oblige à faire plus attention et favorise ainsi la réussite de perte de poids : *« j'ai rendez-vous chez Mme X... la semaine prochaine donc il faut que ça... il faut que le résultat soit là. »* P10, l.329-330.

Leviers indirects

Notre analyse a mis en évidence des leviers indirects. Par exemple, le suivi médical constitue un recours dans le sens où l'on n'envisage pas d'autres solutions pour la patiente 8, ou qu'on ne trouve pas de difficultés à suivre le poids en consultations régulières : *« si il me donnait un rendez-vous une fois par mois, j'vois pas pourquoi je n'irais pas. »* P9, l.122-123. D'autres ressentent le besoin d'un « coaching » pour bien faire : *« Il faut qu'il y ait un suivi je pense. Il faut que quelqu'un vous aide, quelqu'un vous... vous motive... puis vous explique parce que, dans un régime, des fois on fait des choses qui sont pas forcément bien. »* P10, l.194-196.

5. Freins au suivi du poids liés à la prise en charge médicale et au médecin

Parmi les freins au suivi retrouvés en premier lieu au moment de l'analyse, les attitudes et prise en charge des médecins étaient régulièrement remises en cause par les patients interrogés.

5.1. Freins liés au mode d'exercice des généralistes

Temps accordé

Le temps accordé pour discuter du poids est un point crucial abordé par les patients en obésité. Ils jugent bien souvent les **consultations chez le médecin trop courtes** : « *il a un temps bien réduit pour la consultation* » P1, l.230-231.

Les tâches multiples du généraliste ne laissent pas entrevoir aux patients une possibilité de prendre un **temps pour l'écoute** et un bon suivi : « *J'me dis que si c'est un médecin généraliste, et qu'il fait... qu'il est vraiment généraliste et qu'il fait plein d'autres choses, est-ce qu'il prendra le temps de m'écouter ? et de me suivre correctement, voilà.* » P4, l.182-184.

Médecin peu préparé à s'occuper du poids

Pour plusieurs patients, le MG ne serait pas bien préparé à la prise en charge de problèmes chroniques comme le surpoids : « *je m'suis déjà posé la question d'savoir si les généralistes étaient vraiment formés* » P4, l.152-153. Les patients ont l'impression que seules les comorbidités liées à l'excédent pondéral sont prises en charge : « *il va traiter les problèmes qui découlent de mon poids, c'est-à-dire mes fessalgies, le fait de peser trop lourd sur mon squelette, mais euh le poids en lui-même... c'est à moi de me prendre en charge je trouve à ce niveau-là.* » P1, l.69-71. Ce manque d'investissement ressenti par les patients sur le problème du poids est notamment expliqué selon l'un d'entre eux par leur **trop grande quantité de travail** : « *vu les horaires qu'il a le matin et le soir. J'pense vraiment qu'il doit, vu les paperasses qu'il a à faire, il doit pas se casser la tête* » P5, l.36-38.

Un **trop grand nombre de missions de prévention** pourrait également être en cause : « *Ils ont quand même pas mal de pancartes, toutes sortes de trucs (regarde les affichages du cabinet médical) donc... C'est pas évident de retenir tout à chaque fois* » P5, l.242-244.

Autres difficultés ressenties

Le **passage sur la balance** est un moment inquiétant voire angoissant pour certains patients en obésité. C'est un passage mal vécu : « *on prend ça un petit peu comme une punition* » P3, l.43-44. D'autres ne comprennent pas son intérêt : « *que le médecin me pèse... enfin c'est toujours un peu... chiant quoi. J'vois pas l'intérêt presque. Puisqu'on voit bien que j'suis (rires)* » P2, l.56-57, certains patients ne voulant tout simplement pas savoir leur poids.

C'est également la **prise de rendez-vous** avec leur médecin qui apparaît difficile au patient : « *Déjà, pour prendre un rendez-vous, c'est la galère. Donc, quand on y va, on attend...* » P4, l.155-156.

Par ailleurs, certains pensent qu'il est compliqué pour le médecin généraliste de suivre correctement tout le monde vu le **nombre de patients important** : « *C'est compliqué d'avoir, d'être derrière tous ses patients pour, pour lui. Il peut pas être derrière tout le monde.* » P6, l.140-141.

5.2. Freins liés au médecin

Identité et caractéristiques

S'il est un frein qui ne peut pas être levé, c'est celui des caractéristiques du médecin. En effet, on constate que certains patients prétendent mieux accepter le discours d'un médecin qui présenterait lui-même un **surpoids** : « *quand on a un médecin qui a un peu d'embonpoint, ça rassure. (rires) On le prend mieux quoi.* » P3, l.51-52.

Pour la gente féminine, un **médecin femme comprendrait mieux les revendications esthétiques** : « *l'aspect esthétique évidemment compte beaucoup. Et comme en plus c'est une femme, j pense que elle comprend ça aussi très bien.* » P8, l.69-70.

Le dialogue serait également favorisé avec une personne qui aurait le **même sexe et la même classe d'âge** : « *Le fait aussi que ce soit une femme... qui ait pratiquement mon âge, je pense que ça compte* » P8, l.184.

Relation médecin/patient

La relation médecin/patient est un des fondements de la réussite d'une prise en charge. Si elle est de mauvaise qualité, cela conduira à un frein inévitable à la prise en charge.

Parmi les freins potentiels liés à cette relation, les patients mettent en avant la **confiance** nécessaire en leur médecin : « *normalement, on a confiance en son médecin traitant. Ça, c'est vraiment une des premières choses importantes.* » P8, l.185-187 et donc l'**absence de suivi durable** auparavant constitue un frein : « *j'ai quand même pas mal déménagé, donc j'ai pas un généraliste... Vous voyez j'ai pas de généraliste de ma vie...* » P2, l.137-138.

Les autres problèmes ayant émergé de cette relation sont ceux qui déséquilibrent le rapport entre soignant et soigné. Les patients trouvent parfois le médecin autoritaire. Plusieurs patients rapportent des **comportements désagréables ou inappropriés** de la part d'un médecin : « *Le médecin était tellement mais désagréable, tellement imbu de lui-même* » P2, l.121-122. Un autre patient dit avoir ressenti un **jugement de valeur** : « *Se faire juger, c'est pas forcément agréable par rapport à ça. Donc ça peut repousser à aller voir un médecin traitant pour lui en parler* » P6, l.153-154.

D'autres témoignages vont dans le sens d'un **manque d'écoute** jusqu'au sentiment d'**incompréhension** : « *j'avais pas trop d'écoute de mon médecin généraliste* » P1, l.189-190 ; « *Parce que nous ça nous rebute hein j'veux dire, ça prouve bien que... il comprend pas le problème.* » P1, l.206-207.

Croyance du médecin (telle que ressentie)

Certains patients ont une impression négative de ce que penserait le médecin de l'obésité. Pour le médecin, le problème du poids serait à **gérer seul par le patient** : « *j pense que pour lui, le poids c'est à moi de gérer je pense.* » P9, l.152.

Le **patient serait fautif** de sa prise de poids : il a tendance à « *mettre la faute, j'veux dire c'est de notre faute si on est comme ça quoi alors que partout ailleurs, ben dans les livres, à la télévision, dans les médias, on dit que c'est une maladie.* » P1, l.75-77.

Pratique du médecin (telle que ressentie)

Plusieurs patients trouvent leur médecin généraliste **désintéressé des problèmes de poids** : « *Il est pas à 100%... dans les problèmes de poids. Et je pense que c'est pas quelque chose qui doit... foncièrement l'intéresser.* » P1, l.191-193, « *il avait dit « bon fais attention, c'est dangereux. » C'est tout. Puis basta. Comme si il recevait quelqu'un et qu'il mettait une carte vitale dans le boîtier et c'est la même chose pour lui.* » P5, l.24-26, « *le poids il s'intéresse absolument pas* » P9, l.156, « *je pense que pour la perte de poids... j'pense ça doit pas être son domaine.* » P10, l.297-298.

Une patiente soulève le problème des **aptitudes pour la prise en charge psychologique** de son médecin : « *si on avait un problème de dépression, ce serait la même chose, il me proposerait aussi mais je pense qu'il serait pas... C'est pas... C'est pas sa branche... Et il nous le fait bien sentir je trouve. En fait, c'est « prends toi en charge, fais des efforts »* » P1, l.194-197.

Conseils prodigués

Les conseils prodigués par le médecin peuvent être jugés **inadéquats**. Le conseil de faire du sport est bien connu des patients mais cela peut s'avérer impossible pour le patient obèse : « *Quand je vois des personnes qui disent "vous avez qu'à faire du sport, courir et machin", bon ben j'leur dis toujours j'vois j'ai une tante la pauvre, elle est... ben j'dis vous mettez un sac de ciment d'un côté et de l'autre et puis vous courez. Voilà c'que ça donne quoi.* » P3, l.72-75. Les conseils sont souvent jugés **imprécis**, méritant de plus amples explications : « *Il nous donne les conseils, mais il ne nous dit pas exactement...* » P10, l.249, « *à part de dire « faut faire attention, vous allez être obèse, faut faire attention, vous allez être obèse » mais y avait pas de solutions de proposées. Parce que j'veux dire : « il faut pas manger de ça, il faut pas manger de ça », c'est bien beau mais j'trouve que c'est pas suffisant.* » P4, l.105-108 ; voire **absents avec alerte uniquement** : « *Alors j'ai toujours eu des médecins qui se contentaient de, d'alarmer mes parents, sur le fait que c'est dangereux* » P6, l.25-27.

Le rappel de la nécessité de maigrir peut être **blessant** : « *ça peut être mal pris c'est vrai... suivant la réaction du docteur. On sait très bien qu'il faut maigrir.* » P3, l.45-47.

Prise en charge du médecin jugée inadaptée ou insuffisante

Certains sujets interrogés constatent qu'ils ne bénéficient d'**aucune prise en charge** pour leur excès de poids « *on m'a jamais vraiment proposé quoique ce soit* » P11, l.170, malgré les attentes : « *je lui en parle quand je vais le voir à chaque fois et... c'est toujours pareil quoi. J'veux dire, j'ai pas... il me pèse pas déjà. Déjà quand je vais le voir pour lui dire, j'aimerais perdre du poids machin, il me pèse même pas donc voilà.* » P9, l.104-106.

Pour d'autres, **les mesures mises en place ne sont pas suivies** : « *J'avais demandé une fois à Monsieur X. à l'époque qui m'avait donné un papier à lire avec 2/3 feuilles et puis c'est tout. Puis j'ai plus jamais eu de nouvelles, plus rien du tout* » P5, l.27-28, « *le médecin traitant m'a renvoyé vers des nutritionnistes... mais également... sans pour autant suivre derrière les avancées* » P6, l.32-33.

L'abord du sujet du poids est toujours un moment délicat comme nous le reverrons. Il est également difficile de convaincre les patients d'initier une démarche de perte de poids. Les patients ont le sentiment de n'avoir **aucun argument pour déclencher une prise en charge** : « *y a pas quelque chose qui fait qu'on va accrocher* » P4, l.36, hormis des avertissements.

5.3. Freins aux consultations dédiées :

L'évocation aux sujets interrogés d'éventuelles consultations dédiées au poids a permis de mettre en évidence des freins à ce type de consultation.

Connotations à la consultation dédiée

Pour un patient, aller voir son médecin en consultation dédiée au poids, c'est faire une **fixation sur les côtés négatifs** du poids : « *ça peut être une fixation, une source de désespoir du coup.* » P3, l.215-216.

C'est aussi reconnaître l'appartenance à une catégorie socialement **stigmatisée** : « *venir pour ça... on... on tape sur le moral de la personne, on tape sur mettre... lui coller une étiquette, vous voyez...* » P3, l.232-233.

Aborder le sujet

Le simple fait d'aborder le poids peut-être mal interprété : « *le fait d'aborder le sujet, ça peut être considéré comme une remontrance* » P3, l.191, **vu comme un échec de gestion du poids.**

Les patients peuvent se sentir **blessés par le fait qu'on expose leurs problèmes** : « *je suis consciente de la situation dans laquelle je suis. Mais on est conscient pour soi-même mais quand ça vient de quelqu'un d'autre, ça fait pas toujours du bien.* » P4, l.49-51. De fait, aborder le sujet est difficile à accepter, c'est un sujet sensible à aborder avec tact : « *On est quand même avec une certaine susceptibilité j'veux dire par rapport à son amour propre et on a pas forcément envie d'entendre les choses de manière abrupte* » P4, l.193-195.

Par conséquent, **le sujet est évité par le médecin** pour ne pas froisser : « *j'pense qu'elle est peut-être psychologue et puis... elle sait c'que j'ai envie d'entendre, elle sait c'que j'ai pas envie d'entendre.* » P4, l.41-42.

Faisabilité

Un patient semble douter de la faisabilité de telles consultations au vu de la quantité de travail du médecin généraliste : « *Encore faut-il que ce soit faisable parce que j'pense que le médecin traitant a beaucoup de travail* » P6, l.182-183.

5.4. Freins à la prise en charge médicale en général

Freins liés à la diversité des sources d'information

Le problème de l'excès de poids revient couramment dans la discussion quel que soit le spécialiste consulté. Des patients peuvent recevoir des conseils différents selon les médecins, de telle sorte qu'ils ne savent plus auquel se référer : « *J'me suis retrouvé avec : j'écoute qui ?* » P4, l.149. Nous notons également que certains patients se disent plus alertés par les autres spécialistes à ce sujet.

Ce sujet est très médiatisé. On retrouve facilement des quantités d'explications et de conseils dans les magazines ou sur internet : « *sur internet, je peux avoir un peu près la même chose que je pourrais avoir chez mon médecin traitant* » P6, l.135-136.

Freins liés aux expériences négatives

Les expériences négatives de prise en charge ont été mal vécues par certains de nos interrogés. Il semble important pour les soignants d'en tenir compte car **ces mauvaises expériences altèrent la confiance vis-à-vis des soignants** et plus largement du système de soin : « *la médecine française, il traite les problèmes quand ils sont là. Y a p't-être de la prévention avant sur des choses mais... ils veulent pas anticiper qu'ils vont arriver* » P1, l.40-41. L'exemple d'une chirurgie bariatrique réfutée pour une patiente est marquant : « *j'ai été aux réunions avec d'autres personnes là qui étaient aussi éligibles. C'était intéressant mais voilà j'me demandais ce que je faisais là étant donné qu'on m'avait bien fait comprendre que... j's'rai pas opérée quoi !* » P1, l.57-59.

Le manque d'écoute déjà évoqué dans la relation médecin/patient est un frein important. À cela s'ajoute un **manque d'empathie ressenti par les patients de la part de professionnels engagés dans leur prise en charge systématique** : « *Nous on est des gens, il faut qu'on remplisse des cases. C'est ça.* » P1, l.283, « *ils oublient un peu le... la souffrance du patient qui est à côté* » P3, l.55-56, « *j'ai l'impression quelque part que, on devient un numéro. Et ça, ça m... Ça, j'pense que quand on passe par des phases de maladie ou ben le moral est là ou pas là, c'est énervant.* » P4, l.187-189.

6. Freins à un suivi du poids liés au patient

Ces freins regroupent toutes les considérations qui peuvent empêcher la personne de réaliser un suivi du fait de son quotidien, de ses croyances ou de ses capacités à initier un changement.

6.1. Freins liés au quotidien du patient

Freins logistiques

Les patients interrogés ont expliqué leurs difficultés à se libérer pour un suivi régulier du poids liées notamment à un quotidien chargé : « *allier ses études, ses stages, sa vie de famille, ses enfants et tout c'qu'il y a autour. On n'a pas le temps quoi.* » P9, l.137-138, ou à un travail prenant : « *Déjà ben parce qu'avec mon boulot à l'époque, c'était pas possible. (rires). On n'est jamais à la maison* » P3, l.119-120, ou encore à des difficultés de transport quand le lieu de travail ou formation est à distance : « *les seules contraintes, c'est... ça vient dans l'aspect... des transports et tout ça.* » P7, l.150-151.

Autres préoccupations

D'autres préoccupations que le poids mobilisent les patients au quotidien : « *j'avais d'autres choses... à faire dans la vie puis donc du coup j'ai zappé* » P5, l.29-30, notamment la famille : « *Ne pas penser à soi quand on a une famille. C'est-à-dire oui j'ai des choses à faire pour moi mais... bon c'est pas l'urgence.* » P8, l.192-193.

6.2. Freins liés aux croyances

Limites de l'action du médecin selon les croyances

Certains patients pensent que **la prise en charge des problèmes d'excès de poids n'est pas du ressort du médecin** : « *je ne sais pas si ça relève vraiment de son rôle* » P6, l.141-142, « *C'est pas son rôle non plus. C'est un médecin traitant, j'veux dire c'est pas un nutritionniste.* » P10, l.249-250.

Le MG serait limité dans ses moyens de prise en charge : « *en soi le médecin traitant, je, je vois pas c'qu'il peut faire de plus ou c'qu'il devrait faire de plus.* » P6, l.145-146, impuissant si le patient n'y arrive pas de lui-même : « *à un moment il peut rien faire si moi je suis plus... si moi je n'y arrive plus, si moi je l'fais pas, le médecin, il peut rien faire quoi* » P2, l.202-204 ou si le patient n'a pas de soutien de son entourage : « *Le médecin traitant aura beau faire tout c'qu'il veut et tout c'qu'il peut, si derrière en plus la famille aide pas aussi* » P6, l.171-172. Une patiente ne voit pas l'intérêt de poursuivre un suivi une fois l'intervention diététique terminée : « *dès qu'y a l'arrêt du régime... j'vois pas l'intérêt de continuer. Le médecin, là, à ce moment-là, je pense, ne peut rien faire.* » P2, l.313-314.

La conclusion pour certains patients est sans équivoque : « *j'y crois pas en le médecin généraliste. Franchement, honnêtement, j'vous l'dis, j'y crois pas.* » P5, l.228-229.

Croyances sur la gestion du poids

Chacun développe ses propres opinions sur la gestion de son poids, ainsi les patients interrogés **pensent s'en sortir seul** : « *je pense pouvoir le... le gérer tout seul* » P3, l.186-187, **pensent savoir ce qu'il faut faire** pour perdre du poids : « *pour moi, c'est évident de c'que j'dois faire* » P7, l.166-167, pensent ne pas pouvoir perdre de poids sans privation : « *moi j'ai assez besoin que ce soit radical* » P2, l.152, ou pensent, comme nous l'avons déjà cité, avoir besoin d'un emploi pour réussir à perdre du poids.

6.3. Freins personnels d'ordre psychologique ou motivationnel

Lien avec l'importance qu'on accorde à son excès de poids

Certains patients ont tendance à **minimiser l'impact de leur excès de poids** : « *on peut dire "bon ben on a un peu de poids c'est tout, on n'est pas obèse !" Donc ça peut aussi... peut-être le fait de... de minimiser* » P3, l.93-94.

Ils témoignent n'avoir pas toujours pris conscience de l'importance de l'enjeu : « *Pourquoi moi j'irais dans un centre pour perdre du poids alors que je... je sentais pas le besoin, j'en sentais pas le besoin. J'comprendais pas* » P6, l.127-129.

D'autres rapportent **ne pas voir l'intérêt de suivre le poids chez un médecin** actuellement : « *je considère pas ça comme une maladie et que ... et que c'est... j'ai pas besoin de médicaments, à priori, pour perdre du poids.* » P11, l.203-204.

Lien avec les attentes

Les attentes des patients en obésité en termes de perte de poids peuvent être différentes de celles du soignant. Ces objectifs différents peuvent être à l'origine d'un frein à la prise en charge. Ainsi, **le suivi des conseils du médecin ne permettrait pas de perdre suffisamment de poids** : « *j'ai essayé de faire comme il m'a dit. Je supprimais tout c'qui était un peu sucre, manger plus de légumes, et la perte de poids n'était pas assez conséquente je pense. À mon niveau à moi, il faut que... j'ai pas que... j'ai pas que 3, 4 kilos à perdre, j'en ai beaucoup plus.* » P10, l.274-277.

Le **besoin de perdre du poids rapidement** devrait également être entendu : « *Je sais très bien qu'un rééquilibrage alimentaire, c'est... ça va durer sur quelques années, j'vais pas perdre... je vais pas perdre 20 kilos en 4 mois quoi. Je le sais très bien. Mais pour autant, j'ai pas envie de... fin j'ai envie que ça aille vite* » P9, l.98-101, « *quand on est en demande de perte de poids, on n'a pas de patience.* » P8, l.14-15.

Les **attentes sur le type de prise en charge** sont aussi importantes : ne pas vouloir savoir son poids « *j'aurais plus de mal peut-être avec un médecin qui n'aurait pas accepté ça* » P8, l.88-89, ne pas se sentir capable de suivre un régime alimentaire trop privatif : « *J'ai besoin de garder une liberté, une marge de liberté dans ce que je fais.* » P8, l.205.

Déclenchement et entretien de la motivation

Pour les patients, « *c'est avant tout un déclic, un déclic chez soi qui aide vraiment* » (P6, l.170-171) pour la motivation à la perte de poids. Ce **déclic** ne peut pas survenir si l'on ne prend pas le temps de **se concentrer sur soi** : « *J crois que les obèses, un moment donné, on en arrive au point où on en arrive parce que on fait pas assez d'introspection et on prend pas le temps de se regarder* » P1, l.99-101.

La **détermination personnelle préalable** semble indispensable à la réussite : « *il faut déjà être motivée dans sa tête et être décidée* » P4, l.87-88, « *C'est vraiment une histoire de cerveau, de motivation, de je sais pas quoi, c'est dans la tête pour moi. C'est obligatoirement moi qui, qui fais que.* » P2, l.220-221, « *j pense que c'est avant tout personnel et que c'est une question de motivation. Si y a pas de motivation, ça sert à rien, on peut faire tout c'qu'il faut mais ça, ça, ça ne donnera rien.* » P6, l.116-118.

Comme nous l'avons évoqué, la survenue d'**événements affectant le moral** peut amener à un abandon des efforts consentis pour perdre du poids : « *Il suffit d'un événement ou d'une période un peu plus stressante.* » P1, l.91-92.

Sur la durée d'une démarche de perte de poids, une patiente remarque que la motivation laisse le plus souvent place à la **résignation** : « *la période de résignation est beaucoup plus longue* » P1, l.265. On peut également observer une sorte de **lassitude avec le temps** : « *Peut-être, j'ai eu envie de faire une pause* » P8, l.327, voire le fait de **perdre de vue l'intérêt de la démarche** : « *Peut-être qu'on se dit un moment « à quoi bon ? » » P8, l.210.*

Sentiment d'absence de solution

Comme nous avons déjà pu le remarquer, les expériences négatives de prise en charge du poids peuvent constituer un frein à un nouveau suivi. Les conséquences de ces vécus négatifs peuvent amener les patients en obésité à avoir le sentiment d'absence de solution pour leur problème d'excès de poids : « *Je vous donne la citation telle quelle « vous ne maigrerez pas parce que je ne suis pas Dieu » Voilà. Alors, bon, ça... j pense que ça reste ancré quand même.* » P8, l.33-35,

« *Moi j'suis dans une impasse là au niveau de mon poids. Moi j'suis... En c'moment, moi j'suis résigné là, puis j'ai eu une claque hein quand on m'a dit que la sleeve, c'était pas pour moi. Moi c'était ma dernière solution.* » P1, l.239-241

La résultante est une sorte de **fatalisme** : « *je sais que de toute façon que j'vais les reprendre ces kilos.* » P1, l.263.

7. Freins à la perte de poids et à son maintien

7.1. Freins au régime hypocalorique

Réduire ses apports énergétiques dans le cadre d'une intervention diététique peut s'avérer compliqué. Des proportions plus petites des plats laissent les interrogés sur leur **faim** : « *les contraintes, c'est... c'est déjà le régime en lui-même, parce que c'est quand même assez compliqué. Les proportions sont déjà plus petites. Y a la faim quand même* » P10, l.124-125. Nous reviendrons sur le frein que peut constituer **la vie de famille** pour la perte de poids. Dans le cadre d'un régime hypocalorique, c'est avoir la tentation de manger autre chose préparée pour le reste de la famille : « *c'est compliqué, c'est difficile hein parce que je cuisine... mais pour mes enfants et mon mari* » P10, l.153-154.

D'autres sujets interrogés s'inquiètent de **ne pas avoir les bons repères nutritionnels** pour mener à bien un tel régime : « *c'est... plus draconien que peut-être c'qu'il faudrait. Donc, au bout d'un moment, j'pense qu'il y a une lassitude aussi, parce qu'il y a peut-être des aliments qu'on va s'interdire alors qu'ils sont pas interdits.* » P4, l.96-99.

7.2. Freins à la modification des habitudes alimentaires

Comme nous l'avons déjà évoqué, les habitudes alimentaires du mode de vie actuel tiennent beaucoup compte de la notion de plaisir et de gourmandise : « *j'aime bien manger aussi. Les restaurants... enfin voilà j'veux dire mon mari et moi-même, on aime bien sortir donc forcément on s'fait plaisir.* » P9, l.87-88.

La modification de ces habitudes est donc très difficile. On retrouve chez les patients une sorte de **restriction** par rapport à leurs envies qui leur paraît nécessaire pour perdre du poids, mais il semble difficile de s'y tenir : « *les grosses contraintes, c'est surtout bon ben... des produits qu'on... que j'me force à ne pas manger par exemple, type charcuterie ou autre...* » P3, l.154-155, « *me priver de nourriture et me priver de choses qui me plaisent, non* » P8, l.199-200.

Un autre frein corollaire est le besoin d'**attention permanente** que réclame une modification des habitudes alimentaires : « *il suffit pour moi de remanger... ben plus quoi. Et puis je reprends bien sûr aussitôt quoi... En réalité le frein il est pas... c'est de toute façon être tout le temps attentive* » P2, l.254-255.

Le **travail de préparation** à ces changements alimentaires et le temps à y consacrer sont d'autres freins soulevés : « *C'est pas la perte de poids qui est une contrainte, c'est cette préparation* » P4, l.119-120, « *il y aussi l'espace-temps dont on dispose pour faire à manger* » P11, l.148-149.

La difficulté à appliquer les conseils reçus par rapport à ses habitudes alimentaires pourrait aussi constituer un frein : « *les conseils des nutritionnistes avec des plats pour la semaine à faire mais c'est pareil, c'est pas toujours évident. C'est pas toujours des plats qui sont simples ou qui sont... ou qui tombent sur le sens d'avoir* » P6, l.78-81.

7.3. Freins à la perte de poids liés à un type de comportement alimentaire :

Le fait de **ne pas savoir s'arrêter de manger** peut représenter un problème : « *mon souci par rapport au régime, c'est « oui, on peut manger un carré de chocolat noir ou 2 » mais pour moi c'est juste pas possible voilà. Une tablette entamée, obligatoirement, quel que soit son poids, obligatoirement, doit être terminée* » P2, l.33-35. Pour une autre patiente, c'est le fait de **manger trop rapidement** qui est problématique : « *on a pris l'habitude de trop vite manger et de faire comme nos voitures on fait le plein pour que y ait du carburant et qu'ça fonctionne toute la journée et on fait pareil avec notre corps.* » P1, l.117-119.

Un dernier comportement alimentaire pointé par nos patients est le fait de **s'alimenter en réponse à un stress** : « *Il m'arrive si j'suis très stressée alors... bon là j'rentre à 4h, j'vais m'prendre un bout de pain et puis un bout de fromage ou de chocolat ou j'sais pas c'qui va me tomber sous la main* » P4, l.71-73.

7.4. Freins sociaux et économiques à la perte de poids

Les patients ont remarqué qu'il était compliqué de faire attention à son alimentation lorsqu'on est invité, ou que l'on sort régulièrement au restaurant du fait des **tentations alimentaires**. Mais d'un autre côté, **se priver de leur vie sociale** dans le but de perdre du poids a été mal vécu : « *pendant 2 mois, on s'est vraiment coupé de tout. Donc là, à la fois lui et moi, on a perdu du poids, mais au détriment d'une vie sociale qui nous manquait. Et c'est vrai que on est... pratiquement pas tous les jours mais presque on est... on n'est pas à la maison donc c'est difficile de... de s'couper comme ça, c'est moralement plus difficile à porter que le poids qu'on porte quoi.* » P4, l.58-62.

Le travail peut constituer un frein si on est sans activité (patient 5) ou au contraire si l'activité est trop prenante, bouleversant le rythme des repas (patient 3). **L'argument économique du manque de moyens** a également été évoqué par un patient : « *c'est par rapport aussi à mes parents qui, qui ont pas forcément toujours les moyens de m'offrir les aliments qui sont recommandés par la nutritionniste* » P6, l.82-83.

Freins liés à la vie de famille

Le cadre familial peut constituer un frein à la perte de poids selon plusieurs patients : « *le souci c'est que ma vie de famille fait que je cuisine que le soir. Donc on se retrouve en famille le soir et on mange bien le soir.* » P9, l.60-61.

C'est notamment le fait d'**avoir des enfants** qui peut s'avérer compliqué dans la gestion de l'alimentation : « *c'est compliqué aujourd'hui dans le cadre du ... de la famille, parce qu'on a des enfants, 2 enfants qui ont 12 et 15 ans... et ... qui s'alimentent radicalement pas comme nous.* » P11.140-142,

« Ce qui fait à un moment qu'il faut faire des menus à géométrie variable et c'est pas forcément évident. » P11, l.147-148, « Manger à table avec un ado de 15 ans (rires)... qui... ben voilà est en pleine... en pleine croissance et voilà qui a un appétit d'un ado de 15 ans » P8, l.193-195.

7.5. Freins à la réalisation d'une activité physique

Certains patients déclarent **préférer les activités sédentaires** : « j'ai horreur du sport, courir pour courir quoi... Ça, c'est vrai que c'est pas du tout mon truc. Puis bon j'suis plutôt un... un scientifique assis qu'un sportif... coureur. (rires) » P3, l.61-62, éprouver des **difficultés à avoir plus d'activité physique** : « on fait un peu plus de marche, on essaie de se prendre... au niveau physique mais c'est pas évident. » P3, l.101-102.

Ces difficultés peuvent être majorées par un **lieu de vie isolé ou un lieu de travail éloigné** : « comme j'habite à 20km de Metz, je viens en voiture et je peux pas venir en vélo, quant à pied, ben c'est pas possible. » P8, l.160-161.

7.6. Freins liés à l'évolution pondérale lors des tentatives de perte de poids

La fin de la période de perte de poids correspond au mieux à une **période de stabilisation** du poids et au pire à une **période de reprise** qui peut être difficile à vivre dans les deux cas : « À un moment donné, on refait le point et on voit qu'on a repris et là j'veux dire on est... résigné.» P1, l.178-179, « C'est plus la phase de stabilité qui est dure que la phase de perte de poids, justement parce qu'on est motivé par la perte de poids alors qu'une fois qu'on est stabilisé, on perd plus de poids. » P3.171-173. Les patients évoquent leur incapacité à maintenir dans la durée la perte pondérale acquise : « c'est toujours le même problème ce foutu... ce foutu maintien » P3, l.36-37.

Une patiente remarque que **la perte de poids est moins facile avec l'âge** : « *je sais que, arrivé à un certain âge, je n'arrive plus perdre, même si on fait attention, on perd beaucoup moins, beaucoup moins vite. Après ça... quelque part ça...ça nous encourage pas à faire une perte de poids plus longue* » P10, l.22-24.

7.7. Frein lié à un arrêt du tabagisme

C'est un constat de notoriété commune que fait un patient à ce sujet : « *en fumant moi je régulais plus facilement mon poids qu'en ne fumant pas* » P11, l.177-178.

8. Attentes vis-à-vis du médecin généraliste

Nous avons classé dans ce thème les attentes exprimées par les patients afin d'améliorer la prise en charge réalisée par le médecin généraliste. Nous pensons que d'autres attentes peuvent être mises indirectement en avant : il s'agirait des moyens permettant de lever les freins au suivi du poids liés à la prise en charge médicale et au médecin, ainsi que des points déjà appréciés par certains dans la prise en charge actuelle.

8.1. Attentes

Pour les plus mécontents de la prise en charge actuelle, la première chose pour le MG serait de **montrer un intérêt minimum pour le sujet** : « *d'jà s'il en fait un des suivis de poids. (rigole) D'jà si il s'intéresse un minimum. Qu'il le montrait* » P5, l.158-159, puis de **proposer des solutions** : « *des pistes concrètes* » P4, l.140-141. Pour d'autres, une première étape serait **que le MG reconnaisse l'obésité comme une maladie en évitant les discours culpabilisants** : « *déjà qu'ils considèrent ça comme une maladie et pas de nous faire... nous faire culpabiliser et nous faire dire que c'est de notre faute si on est dans l'état là* » P1, l.204-205.

Un encouragement serait mieux perçu que des alertes répétées : *« je pense que faudrait plus un encouragement, que le fait de dire ben par exemple « ah ben attendez oui c'est bien mais on va peut-être suivre ça par un diététicien ou un machin », ça devient un échec. »* P3, l.198-200.

Consacrer son attention au patient pour une meilleure écoute est également un besoin important pour certains : *« Je choisis toujours un médecin qui a une secrétaire médicale, qui ne répond pas pendant que je suis moi en train de m'entretenir avec lui. Ça, c'est super important »* P2, l.230-232.

Par ailleurs, beaucoup ressentent le **besoin d'être plus accompagné avec un suivi plus régulier** : *« me prendre plus, plus en main ou me voir déjà plus souvent peut-être. Un suivi plus régulier »* P10, l.277-278, en mettant éventuellement plus de pression : *« Il faudrait qu'il me marque un peu plus à la culotte »* P11, l.196, *« dans un premier temps peut-être me peser, puis me donner des rendez-vous assez régulièrement pour qu'il y ait un suivi. Peut-être que comme ça j'veux dire, j'me dirais ben... j'ai ce rendez-vous, il va me peser, faut que je perde du poids, j'ai peut-être besoin de ça »* P9, l.111-114.

Dans le cadre de ce suivi, un patient aimerait se voir **fixer des objectifs de poids** : *« fixer des objectifs dans la continuité quoi. Ça serait pas mal »* P3, l.210-211.

Le **besoin d'un soutien psychologique** revient régulièrement dans les entretiens : *« On a besoin... d'une aide psychologique »* P1, l.198. Les patients interrogés envisagent **que le MG travaille en lien avec des psychologues** : *« il faut s'entourer peut-être de... d'une équipe de psy... je sais pas, de connaître des psychiatres qui, je sais pas... ou des psychologues qui sont un peu spécialisés là-dedans. »* P2, l.315-320.

Dans ce sens, les patients attendent de **se faire orienter vers des professionnels spécialisés** connus du MG : *« P't-être qu'il a des contacts, des personnes peut-être spécialisées dans ce domaine »* P5, l.174-175.

Les **consultations dédiées** au suivi du poids semblent satisfaire dans l'ensemble aux attentes précédemment citées, notamment pour **prendre le temps pour l'écoute et le conseil** : *« la personne, elle aurait le temps à la fois de nous écouter, de nous aiguiller, de voir c'qu'on fait, de voir, j'veux dire les bonnes actions qu'on fait, les mauvaises donc... Ça pourrait être intéressant. »* P4, l.170-172.

8.2. Points appréciés dans la prise en charge actuelle

Les patients interrogés soulignent un certain nombre de points qu'ils apprécient dans la prise en charge actuelle de leur médecin généraliste.

Attitudes et caractéristiques du médecin

Le professionnalisme est apprécié avec notamment **l'absence de jugement de valeur** : *« Elle ne me juge pas et je le sens dans son regard, dans sa manière de me parler... dans... dans sa manière de me recevoir, voilà. Elle ne me juge pas. »* P8, l.313-314, et une certaine **bienveillance** : *« aujourd'hui les médecins sont plus bienveillants »* P2, l.58 *« Jamais été autoritaire, très compréhensive »* P8, l.92-93.

L'écoute ressort comme un autre aspect important : *« C'est un nouveau médecin qui est à l'écoute »* P2, l.217-218. Elle permet de proposer ensuite des **solutions adaptées à sa personnalité et à ses attentes** qui permettent d'améliorer la confiance : *« elle m'a écoutée et ensuite elle m'a donné des possibilités, des solutions, voilà. Et c'est pour ça que je me sens... Je me sens vraiment... oui j'voulais dire, en confiance et à l'aise. »* P8, l.319-320, *« elle s'est adaptée à la psychologie, à l'âge, elle sait bien nous cerner et elle comprend ce que l'on attend d'elle »* P8, l.369-370.

En parallèle, les patients apprécient également **le dialogue** avec le médecin qui est plus constructif : *« elle ne va pas dans mon sens forcément, vous voyez c'que j'veux dire. Donc elle me corrige parfois. Elle me dit là vous auriez mieux fait de faire comme si ou comme ça. Là essayer de... donc y a un bon dialogue »* P8, l.303-306.

Pouvoir échanger pendant une perte de poids est ressenti positivement : « *quand j'étais dans la période où j'ai perdu un peu, où j'ai suivi ce régime, c'était vraiment bien de pouvoir échanger avec le médecin* » P2, l.205-206.

Les autres caractéristiques positives soulignées par les patients sont **la disponibilité** : « *c'est vraiment bien aussi de pouvoir... que le médecin soit disponible quoi, si y a une inquiétude* » P2, l.208-209, ou encore **l'expérience** : « *moi j'ai la chance aussi, c'est quelqu'un qui a beaucoup d'expérience déjà, alors... dès que je pose une question, elle sait me répondre.* » P8, l.355-356.

Objectifs et moyens pour y parvenir

Si fixer des objectifs semble important pour plusieurs de nos interrogés, une façon plus originale et qui peut paraître moins contraignante que les objectifs chiffrés et de donner des **objectifs en termes de comportement alimentaire** : « *Elle me donne mes objectifs pour le mois à venir... Alors pas mes objectifs en termes de perte de poids mais mes objectifs en termes de comportement alimentaire.* » P8, l.74-76.

Consacrer un temps à la prise en charge du poids serait un avantage : « *c'est un vrai rendez-vous. On a rendez-vous avec le médecin. C'est un rendez-vous médical et moi j'ai rendez-vous avec mon suivi de poids* » P8, l.335-336.

Plusieurs conseils ont été formulés par les MG pour la gestion du poids. Parmi les plus intéressants selon les patients, on retrouve :

- **la dégustation de pleine conscience** : « *j'ai reçu comme conseil la... la dégustation en toute conscience. Donc le fait de prendre... de prendre le temps de déguster quelque chose qui n'est pas forcément bon pour la santé mais que, mais que en le faisant, je peux réduire l'envie d'en prendre davantage.* » P7, l.136-139 ;
- **le conseil d'activité physique intégrée au quotidien** : « *Elle m'avait dit « écoutez quand vous allez au travail, garez-vous le plus loin possible, comme ça, ça vous fait marcher. Descendez les escaliers à pied » Parce que j'lui dis « les quatre étages à pied le matin, j'y arrive pas » Alors elle me dit « Montez en un ». » P8, l.149-152.*

8.3. Autres attentes à considérer par le médecin

« *J'me suis fixée... une dizaine de kilos, ben si j'arrive à les perdre, j's'rai la plus heureuse.* » (P10, l.383-384) Les attentes des patients peuvent constituer un frein au suivi si elles ne sont pas satisfaites. Certains souhaitent perdre du poids rapidement, d'autres ne veulent pas connaître leur poids... En considérant les freins déjà évoqués, les patients attendent aussi de leur MG une relation de confiance dans laquelle ils seraient écoutés et compris, des conseils avisés, précis avec des actions suivies, une prise en considération de leurs expériences, de leur vécu et de leurs croyances.

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

Notre étude peut se révéler intéressante car elle se veut exploratoire sur un sujet de santé mais également de société en proie à la stigmatisation. Elle met en avant le point de vue des patients sur un problème où les soignants ont déjà été interrogés à de multiples reprises, permettant ainsi d'avoir un regard original sur la prise en charge de l'obésité.

L'un des principaux points forts de notre étude est le choix de la méthode de l'entretien semi-dirigé individuel afin d'obtenir tous les ressentis des interrogés sans qu'ils ne soient suggérés par un questionnaire, ou qu'ils ne soient tus par timidité au sein d'un focus group. La liberté de parole a été encouragée pour obtenir une grande variété de résultats. Certains patients ont ainsi pu développer une réflexion approfondie sur le sujet.

L'échantillon des patients interrogés était assez diversifié, comme en témoigne le tableau de diversité, pour répondre au besoin de variété des résultats.

N'étant pas habitué à la pratique de ce type de recherche, le guide d'entretien a nécessité d'être retravaillé à plusieurs reprises. Mais il a pu ainsi être affiné pour répondre au mieux aux objectifs de l'étude tout en laissant l'interrogé nous livrer un avis personnel.

Réussir à aller au bout de la démarche de réalisation d'un entretien était une tâche délicate de notre étude. En effet, comme nous l'avons évoqué, le sujet de l'excès de poids et de l'obésité est empreint d'une forte connotation sociale, pour laquelle il peut être difficile de se livrer. Nous avons fait face à plusieurs refus. D'autres personnes ne se sont pas présentées au rendez-vous que nous avions fixé, notamment des jeunes femmes. Dans ce sens, le début de notre phase de recrutement a pu constituer une limite, puisque la personne n'avait alors pas nécessairement l'intervenant de l'entretien en face d'elle pour lui expliquer le sujet de l'étude.

Par ailleurs, les médecins participant au recrutement avaient identifié des personnes à interroger chacun de leur côté. Beaucoup de personnes de la tranche d'âge allant de 50 à 60 ans ont ainsi été recrutées, sans doute car elles étaient plus à même d'accepter la réalisation d'une interview du fait d'une plus grande maturité.

Enfin, bien que nous ayons pris soin de les éviter, nos préjugés sur le sujet ont pu influencer notre façon de réaliser le guide d'entretien, notre façon de mener l'entretien ou encore notre façon d'analyser le résultat de ces entretiens. Pour l'analyse, la levée de ce biais s'est notamment faite en réalisant une lecture indépendante du verbatim des entretiens par le thésard et les directeurs de thèse. La triangulation des données ainsi récoltées contribue à la validité interne de notre étude.

2. Discussion des résultats

Nous allons revenir thème par thème sur les résultats de notre étude et les comparer aux résultats d'autres études si cela apparaît pertinent.

Présenter un excès de poids

Nous ne reviendrons que brièvement sur ces résultats qui ne faisaient pas l'objet principal de notre étude. Ils ont été surtout obtenus par la réponse à la question d'introduction de notre guide d'entretien, qui avait pour but de mettre en confiance la personne interrogée en écoutant son histoire pondérale.

Remarquons tout de même que les interrogés évoquent une grande variété des causes possibles et facteurs favorisant leur excès de poids, témoin d'un certain niveau de connaissance des patients présentant une obésité sur le sujet, mais ce savoir diffère beaucoup d'un patient à l'autre. On retrouve notamment le rôle de l'alimentation émotionnelle pointée par certains patients lorsqu'ils remarquent que la prise de poids peut faire suite à une prise alimentaire en réponse à une situation stressante.

L'alimentation émotionnelle dépend d'autres notions comme l'impulsivité. Une étude française sur la cohorte Nutrinet-Santé retrouve une association significative entre un niveau d'impulsivité élevé et le fait de présenter une obésité, surtout chez les hommes.^[36] Nous avons aussi pu constater que la plupart des interrogés de notre étude avaient pratiqué des régimes amaigrissants déséquilibrés ou très restrictifs. Sur une autre étude de la cohorte Nutrinet-Santé, 26,7 % des 48 435 répondants du questionnaire avaient pratiqué au moins un régime amaigrissant sur les 3 dernières années. Parmi eux, 87,8 % étaient des femmes.^[37]

Vécu de l'excès de poids

Nous retrouvons une grande variété de sentiments exprimés par les patients interrogés au sujet de leur excès de poids. Le rôle de la stigmatisation sociale de l'obésité semble y être prépondérant. En effet, les interrogés reviennent régulièrement sur « le regard des autres », qu'ils se sentent affectés ou non par celui-ci. Certains ont évoqué le sentiment de discrimination sur leur corpulence, quantifié par Puhl dans une étude américaine. Rappelons qu'elle avait mis en évidence que les adultes obèses sont six fois plus susceptibles de signaler une discrimination de corpulence par rapport aux personnes de poids normal.^[8] Dans notre étude, l'entourage se montrait bienveillant sur le poids, ce qui n'était pas toujours le cas du corps médical. En comparaison, dans une autre étude de Puhl, cette dernière avait mis en évidence que les médecins mais aussi les membres de la famille étaient les personnes les plus discriminantes envers les patients obèses.^[38] Cette stigmatisation est donc acquise et internalisée au fil du temps par les patients en obésité qui peuvent ensuite se sentir responsables et éprouver de la culpabilité comme l'ont témoigné certains de nos interrogés.

C'est aussi à travers ce regard de la société que les patients construisent leur image. Nous l'avons remarqué au cours des entretiens, cette image de soi est très corrélée à l'estime de soi et in fine au moral. L'image corporelle restant intégrée dans la mémoire individuelle est souvent celle de l'adulte jeune que l'on a été. Une modification de cette image avec le temps et la prise de poids amènent certains de nos patients à ne plus se reconnaître face à un miroir.

La recherche de perte de poids devenant un objectif prioritaire des patients obèses, nous avons pu réaliser une description riche des vécus lors de ces démarches. Les sentiments semblent alors exacerbés. D'un côté les pertes de poids (notamment les plus rapides) sont synonymes de sentiments allant jusqu'à l'euphorie. Tandis qu'au moment des échecs, c'est la frustration et la colère qui s'installent. Dans ce sens, un point marquant est le vécu des régimes amaigrissants, qui est surtout négatif, y compris dans l'étude sur les régimes se basant sur la cohorte Nutrinet-Santé où leur perception, que ces régimes soient personnels ou commerciaux, est moins favorable que pour les régimes réalisés selon les recommandations de professionnels de santé.^[37] On remarque aussi qu'une demande de perte de poids non entendue par le corps médical peut être très mal vécue. L'impact de ces vécus négatifs est à prendre en compte au moment d'aborder une prise en charge du poids d'un patient obèse.

Croyances et représentations

Les patients interrogés nous ont fait part de plusieurs de leurs croyances au sujet de l'alimentation et de la gestion du poids en général, sans que cela ne réponde directement à une question de notre guide d'entretien. Plusieurs résultats à ce sujet ont également été mis en évidence dans une étude qui s'est penchée sur les croyances relayées par les médias et par la littérature scientifique. Par exemple, selon ces croyances, la régularité des repas serait associée à un meilleur contrôle du poids (si on ne saute pas le petit-déjeuner notamment). Manger plus de fruits et légumes permettrait de perdre du poids...^[39]

Par ailleurs, à la question de savoir ce que représente l'excès de poids pour eux, certains interrogés nous disent que pour eux, il correspond à un handicap, une maladie. En s'intéressant de plus près au mot « obésité », de nouvelles données apparaissent. Si une minorité de patients semble avoir intégré le mot comme définition de leur corpulence, les autres font au contraire une nette distinction entre leur image et ce que l'obésité représente pour eux. L'obésité, selon ces derniers, correspondrait à une corpulence plus massive que la leur, avec des risques plus importants pour la santé. Lorsque l'on sait le levier important que constitue le sujet de la santé dans une démarche de perte de poids, cette représentation pourrait avoir des conséquences sur la motivation à la prise en charge du poids.

Motivation à la perte de poids et ses leviers

Nous avons pu constater que la motivation des sujets interrogés pour perdre du poids suivait différentes phases : une phase initiale de grande motivation (mais aussi parfois d'appréhension de l'échec par expérience), une phase de démobilisation, une phase de remobilisation lorsque les conséquences négatives sont trop présentes ou que le sujet prend le temps de se recentrer sur lui.

Les patients interrogés ont mis en avant plusieurs leviers comme autant de sources de motivation à la perte de poids. Comme nous l'avons dit, la santé représente pour eux un levier essentiel car ils ont une certaine crainte des conséquences liées à leur excès de poids, notamment des conséquences cardio-vasculaires qui sont les plus médiatisées (et sans doute également les plus soulignées par le corps médical). Ce levier de la santé a également été identifié comme étant prépondérant par rapport aux autres dans une étude australienne.^[40] On retrouve également d'autres leviers essentiels à considérer qui découlent de toutes les conséquences négatives de l'excès de poids ressenties par les patients : l'aspect esthétique avec l'image de soi, les capacités physiques, le bien-être...

Pour le soignant, le côté sécuritaire d'une prise en charge médicale ainsi que l'accompagnement actif d'un suivi pourraient constituer des leviers intéressants.

Freins au suivi du poids liés à la prise en charge médicale et au médecin

L'analyse des entretiens réalisés avec les patients interrogés a permis de mettre en évidence les points qui, dans la prise en charge médicale, peuvent constituer un frein à un suivi dédié de leur excès de poids.

Il y a d'une part les freins liés au mode d'exercice des MG. En effet, ces derniers sont bien souvent limités par le temps qu'ils peuvent accorder à leurs patients lors de leurs consultations. Or les patients sont bien conscients que s'occuper de leur problème d'excès de poids demande du temps.

Dans une autre étude australienne, moins de la moitié des patients pensaient que le MG serait en mesure de passer suffisamment de temps pour fournir des conseils efficaces en matière de perte pondérale.^[41]

Les patients pensent que les MG ont trop de travail pour pouvoir s'intéresser correctement à un suivi du poids pour eux et qu'ils sont peu ou mal préparés pour cela. Une étude réalisée en Languedoc-Roussillon en 2005 montrait que les MG eux-mêmes doutaient de leur capacité : ils étaient 42 % à penser ne pas être bien préparés à la gestion du problème.^[42] Les patients seraient aussi freinés par la difficulté que pourrait représenter une prise de rendez-vous ou une attente trop longue en salle d'attente. Le passage sur la balance est également un moment déterminant, qui peut réveiller chez eux, comme on le constate en pratique, le sentiment de stigmatisation et de culpabilité.

Les patients avaient par ailleurs plusieurs critiques à émettre au sujet du médecin lui-même. Le choix d'un médecin en fonction de ses caractéristiques identitaires pourrait être important, certains patients se disant plus à l'aise avec une personne du même âge et du même sexe, voire même avec une personne présentant également un excès de poids. En effet les médecins en surpoids comprendraient mieux leurs vécus. Ils seraient potentiellement moins discriminants. C'est ce que retrouve une revue systématique de littérature de 2011.^[43] Ainsi, selon une autre étude, les patients bien qu'ils aient confiance en leur médecin peu importe sa corpulence, auront plus confiance dans les conseils diététiques donnés par un médecin en surpoids qu'un médecin à l'IMC normal.^[44] Ce besoin de se sentir bien avec son médecin participe sans doute à la relation médecin/patient. Nous avons pu constater que les attitudes du MG qui déséquilibrent cette relation peuvent constituer des freins importants, notamment le fait de ne pas se sentir écouté ou les jugements de valeur. L'impact de ces derniers sur la relation médecin/patient a été confirmé : les patients qui se sentent jugés par leur médecin ont moins confiance en lui.^[45] Un autre frein provient des croyances du MG. S'il est persuadé que l'excès de poids est de la responsabilité du patient, ou que le patient ne fait pas assez d'efforts pour s'en sortir, le patient peut le ressentir. C'est malheureusement ce que constate aussi une revue de littérature sur le sujet en France.^[46]

La capacité du MG à être investi dans l'accompagnement et le soutien psychologique est également pointée dans cette revue et dans notre étude. Les patients pensent en outre recevoir des conseils inadaptés, voire tout simplement absents, comme en Australie où moins d'un tiers des patients en excès de poids d'une étude ont rapporté avoir reçu des conseils de leur MG.^[47]

Aborder la question du poids est un sujet très délicat. De la même manière que lorsqu'il s'agit de passer sur la balance, le sentiment de stigmatisation revient. Les patients ont tendance à faire une fixation sur les côtés négatifs que l'excès de poids représente. Ils se sentent blessés par le fait qu'on expose ainsi leurs problèmes. Dans d'autres études, les hésitations du médecin à aborder le sujet ont été identifiées. Il ne maîtriserait pas suffisamment le sujet de l'obésité, n'aurait pas le temps de l'aborder au cours d'une consultation courte et comme nous l'avons remarqué, éviterait le sujet pour ne pas froisser le patient et détériorer sa relation avec lui.^[48]

La répétition d'expériences décevantes constitue aussi un frein puissant à une prise en charge médicale.

Freins à un suivi du poids liés au patient

Les freins à un suivi liés au patient devraient être pris en compte par le MG. Il s'agit d'une part de ce qui peut empêcher les patients de poursuivre un suivi dans leur quotidien (travail, famille, période stressante...). D'autre part, on retrouve les freins liés à leurs croyances : croyances sur la gestion du poids (comme nous l'avons souligné dans le thème dédié) mais aussi sur les limites de l'action du MG selon eux. En effet, beaucoup semblent penser, au contraire de ce que prévoient les recommandations, que la prise en charge de l'excès de poids ne relève pas de son rôle. Une étude australienne constate ainsi qu'une personne obèse cherchant à perdre du poids s'adresserait plus volontiers à une diététicienne (33 %) qu'à un MG (17 %). Une plus forte proportion (26 %) préférerait même n'obtenir l'aide de personne dans cette démarche.^[40]

En outre, parmi les freins provenant du patient, les freins d'ordre motivationnel jouent un rôle prépondérant. Certains patients ont ainsi tendance à minimiser leur excès de poids, notamment s'ils n'en ressentent pas les conséquences néfastes. Ils n'auraient à leurs yeux aucun intérêt à se lancer dans un suivi complexe d'un problème qui n'en est pas un. En effet, il ne nécessite pas de traitement et ne nécessite donc pas d'aller voir le médecin, car les patients ne se sentent pas malades. La notion de besoin d'un déclic a été évoquée. Sans cette détermination personnelle, aucune démarche de perte de poids ne serait efficace.

Comme nous l'avons évoqué, la répétition de démarches de perte de poids qui ont échouées constitue un frein, d'un côté par refus d'une nouvelle expérience négative, et de l'autre par persuasion au fil du temps de l'absence de solutions possibles. Pour certains patients, la reprise de poids devient une fatalité.

Pour les patients, les attentes en termes de perte de poids notamment peuvent rebuter à entamer une démarche de suivi. Certains estiment devoir perdre beaucoup de poids. Une étude américaine publiée en 2001 avait déjà noté cette attente de perte de poids importante avec des poids souhaités qui nécessitaient une perte pondérale bien plus importante que celle des recommandations.^[49] En effet, les patients seraient plus optimistes dans leurs attentes de perte pondérale que les médecins.^[50] D'autres patients estiment avoir besoin de perdre rapidement pour être motivés, ce que ne permettrait pas une prise en charge avec le MG. Cette considération importante n'est pas à négliger, des études ayant mis en évidence que plus la perte de poids initiale était importante, meilleur était le maintien de cette perte de poids.^[51]

Freins à la perte de poids et à son maintien

Notre analyse des entretiens a permis de mettre en évidence des freins qui ne sont pas des freins directs à un suivi, mais plutôt des freins à une perte de poids et à son maintien.

Parmi eux, les freins à la réussite d'une modification de l'alimentation sont prépondérants. Les habitudes alimentaires sont très ancrées et difficiles à modifier, le travail de préparation qu'il faudrait réaliser étant souvent jugé trop important.

Concernant l'alimentation plaisir, nous retrouvons une forte notion de restriction cognitive qu'il semble impossible de maintenir dans la durée.

La mise en place d'un régime hypocalorique pose le problème des quantités ingérées insuffisantes pour combler la faim, et est encore une fois compromise par le risque de restriction trop importante.

Prendre en charge les comportements alimentaires apparaît essentiel car les patients le constatent : ils ont un rôle dans le maintien de leur excès de poids. L'alimentation émotionnelle a été une nouvelle fois identifiée.

Il faudrait aussi tenir compte des freins sociaux potentiels. La vie de famille, notamment lorsqu'on a des enfants, peut constituer un frein, car il est alors compliqué de gérer les repas de chacun. Les sorties entre amis sont très associées à l'alimentation plaisir. Certains patients n'imaginent pas s'en priver. D'autres freins liés au travail ont été soulevés, car il peut bouleverser les habitudes à la fois d'alimentation et d'activité physique.

La réalisation d'une activité physique au quotidien se confronte aux possibilités que l'on a en fonction de son lieu de vie, mais certains ont tout simplement un attrait plus prononcé pour les activités sédentaires.

Enfin, l'évolution du poids lors des tentatives de perte de poids n'a pas encouragé les patients à maintenir leurs efforts. Cette dernière n'est probablement ni connue ni attendue, les patients ayant tendance à vivre une stabilisation du poids comme un échec alors qu'elle aurait tout intérêt à être valorisée.

Attentes vis-à-vis du médecin généraliste

Nous avons demandé aux patients d'exprimer leurs attentes concernant la prise en charge de l'excès de poids réalisée par le médecin généraliste. Celles-ci sont plus ou moins fortes en fonction du niveau de satisfaction de la prise en charge actuelle. On constate qu'elles visent essentiellement à corriger les points qui n'ont pas été appréciés jusqu'à présent. Parmi les résultats les plus marquants, les patients attendent de leur MG qu'il reconnaisse l'obésité comme une maladie. Les connotations discriminatoires devraient être bannies du discours médical.

Les patients ne veulent plus être culpabilisés mais au contraire encouragés, soutenus dans leur démarche, accompagnés. Le besoin de consacrer un temps pour l'écoute et le conseil s'est fait ressentir. Certains préfèrent être orientés vers des spécialistes, notamment pour le soutien psychologique.

Des patients ont tout de même noté certains points qu'ils apprécient dans la prise en charge actuelle de leur MG. L'attitude bienveillante, sans jugement de valeur du professionnel est louée. L'écoute et le dialogue permettent de proposer des solutions adaptées à sa personnalité et à ses attentes. La disponibilité et l'expérience sont des caractéristiques appréciées.

Discussions transversales

Quelques notions importantes, déjà décrites dans d'autres études, ressortent de plusieurs des thèmes de nos résultats.

Dans un premier temps, nous remarquons les conséquences du **non-dit des soignants** dans nos résultats. Certains patients minimisent leur excès de poids, d'autres trouvent n'avoir aucun argument pour déclencher une prise en charge... Le besoin de reconnaissance en tant que maladie en témoigne également. L'obésité est une maladie qu'on pense « visible » et qui de plus est très stigmatisée. Le médecin ne fait par conséquent que rarement l'annonce du diagnostic d'une obésité. L'abord du sujet du poids serait même évité par le médecin d'une de nos interrogés. Aux États-Unis, alors que l'épidémie d'obésité progresse, les MG eux notent de moins en moins l'obésité dans leur dossier et donnent de moins en moins de conseils pour la gestion du poids.^[52] Mais si certains patients ont besoin de cette reconnaissance comme maladie, la question reste posée de savoir s'il est toujours bon que l'obésité soit considérée ainsi.

Revenons aussi sur le rôle majeur des croyances et représentations. Celles-ci, qu'elles émanent du médecin ou du patient, influencent la réussite d'un suivi. Il paraît donc essentiel de rétablir la vérité scientifique dans ces situations, lorsqu'elle est démontrée.

Pour les médecins, on retrouve les mêmes **jugements de valeur** concernant le patient obèse que dans la société : il est souvent considéré comme responsable de son excès de poids, car incapable de changer ses comportements.^{[53][46]} Comme nous l'avons déjà expliqué, ces jugements de valeur devraient être bannis pour une meilleure relation médecin/patient. Parmi les croyances des patients, une a pu sembler constituer un frein à plusieurs niveaux : **la restriction cognitive** serait nécessaire à une perte de poids. Il s'agit d'une limitation volontaire de ses prises alimentaires, se basant sur les croyances, afin d'obtenir une perte de poids. L'individu se fixe alors des limites à ne pas franchir, mais l'état de privation dans lequel il se place n'aurait au final comme conséquence que de renforcer une focalisation sur la nourriture, voire une perte de contrôle si la limite fixée venait à être transgressée. Ainsi, une étude basée sur la cohorte Nutrinet-Santé montre que la restriction alimentaire aurait un effet plus important sur la prise de poids que l'âge ou encore l'alimentation trop riche.^[54]

Certains patients remarquaient être plus influencés par les stimuli de l'environnement les poussant à consommer que par leurs propres signaux de faim, mettant ainsi en avant le concept d'**externalité**. Le rôle de **l'alimentation émotionnelle**, cette alimentation qui répond à un comportement plus qu'à un besoin, a été identifiée comme un autre frein. Faire l'analyse avec le patient des tenants et des aboutissants de son comportement alimentaire pourrait contribuer à lever quelques freins.

Les attentes des patients concernant une démarche de perte de poids ont également constitué des freins. Ces attentes dépendent pour bonne partie des représentations qu'ils se font de leur image et de l'image qu'ils souhaiteraient avoir. Aider le patient à retrouver une meilleure estime de soi pourrait dans le même temps améliorer **l'image de soi**, et peut-être permettre de fixer des objectifs plus réalistes.

Enfin, le besoin qui nous a semblé le plus important pour le suivi avec le MG est la notion de l'écoute, et donc de **consacrer du temps pour l'écoute**.

L'étude qui nous a semblé la plus proche de la nôtre en termes d'objectif, de méthode et de résultats est une étude norvégienne publiée en 2010. L'objectif de cette étude était d'explorer le vécu de la prise en charge du poids chez des patients en obésité sévère avec comorbidités ou en obésité morbide. Concernant la méthode, il s'agissait de 2 focus groups selon le sexe sur un total de 13 sujets : 8 femmes et 5 hommes. Les patients voulaient que leur MG s'occupe de leur poids, mais également qu'il écoute les problèmes annexes. Ils regrettaient que le MG n'ait pas plus d'investissement et plus de contacts pour les orienter. Ils souhaitaient également de leur MG une attitude bienveillante, les discriminations étant particulièrement mal vécues venant d'un médecin.^[55]

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Comme le soulignait le Plan Obésité suivi des recommandations de la HAS, nous pensons effectivement que le médecin généraliste a une place privilégiée dans la prise en charge de l'obésité puisqu'il connaît les patients, leurs antécédents de santé, leurs comorbidités liées au poids ainsi que leurs psychologies et influences culturelles. Il bénéficie en outre d'une relation de confiance qu'il entretient avec le patient au fur et à mesure des consultations.

Mais comme le soulève notre étude, un certain nombre de freins peuvent empêcher l'initiation ou le bon déroulement d'un suivi du poids des patients obèses. Il pourrait être intéressant pour le MG de les connaître afin de mieux les appréhender. Le but serait d'améliorer l'adhésion du patient à un suivi.

Améliorer la prise en charge et le suivi du MG

L'écoute, comme le soulève notre étude reste un point essentiel pour mieux cerner le patient mais également pour nouer une relation de confiance. Pourtant, la charge de travail que représente l'exercice ambulatoire, augmentée par les comorbidités des patients obèses, ne laisse que peu de temps à une écoute active nécessaire à la prise en charge psychologique du patient pris dans sa globalité. Donner la possibilité au MG d'accorder ce temps nécessaire au patient permettrait de lever quelques freins.^[46]

Faire disparaître la stigmatisation des cabinets de consultation est également primordial. Trop de jugements de valeur émanant des médecins sont encore d'actualité et empêchent les patients de pouvoir mener un bon suivi, sans culpabiliser. L'amélioration de la reconnaissance de la part génétique de l'obésité par les MG pourrait contribuer à diminuer la responsabilité que l'on fait porter au patient et donc la stigmatisation.

Aborder la question de l'excès de poids avec le patient n'est pas chose aisée, comme nous avons pu le constater. Mais c'est pourtant une première étape essentielle pour annoncer le diagnostic de la maladie chronique évolutive que représente l'obésité.

Les patients ont besoin que les médecins reconnaissent leur obésité pour la considérer, la santé étant le levier majeur de leur motivation à une démarche de perte de poids. Quelques habitudes simples à adopter permettraient d'améliorer la situation. Le simple fait de noter le poids et la taille dans son logiciel médical permet directement d'obtenir une classification de corpulence par l'IMC. Plusieurs études ont ainsi mis en évidence une prise en charge du poids initiée par le MG lorsque le résultat d'IMC était connu.^{[56][57][58]} La HAS prévoit à ce sujet une auto-évaluation des pratiques avec une grille spécifique disponible sur son site internet. Plusieurs objectifs sont à atteindre pour valider un bon suivi. Ils correspondent aux objectifs décrits dans les recommandations. Le premier d'entre eux est donc de préciser le diagnostic d'obésité en notant les mesures permettant un calcul de l'IMC. Les autres buts à atteindre afin de garantir un meilleur suivi sont le fait d'avoir un objectif thérapeutique adapté à la situation, de mettre en garde contre les régimes amaigrissants déséquilibrés et contre les traitements médicamenteux, d'accompagner et conseiller sur l'alimentation et l'activité physique, et enfin d'orienter en deuxième recours à un autre professionnel après 6 à 12 mois. Ces objectifs font écho pour la plupart aux résultats mis en avant dans notre étude (sauf traitements médicamenteux non évoqués).

Pour pouvoir remplir tous ces objectifs, la formation des MG sur l'obésité devrait probablement être approfondie comme le réclamaient nos patients. Cela permettrait au MG de donner des conseils avisés, et d'avoir de plus larges compétences dans le domaine de l'entretien motivationnel. L'intérêt de cette formation serait positivement perçu par les MG.^[59]

L'éducation thérapeutique du patient, la solution ?

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une démarche éducative qui a pour objectif d'aider le patient à prendre soin de lui avec sa maladie chronique, sans nécessairement rechercher une guérison. C'est une approche globale centrée sur le patient, tenant compte de son vécu et de ses attentes, qui l'accompagne dans ses choix et lui propose de changer son comportement par sa propre action, utilisant ainsi le levier du sentiment d'auto-efficacité, ce qui serait plus efficace pour le maintien d'une perte de poids à long terme.^[60]

Pour parvenir à ce changement, le médecin aide le patient à mieux se connaître et à développer des aptitudes pour faire face dans la résolution de problèmes. Le changement de comportement dans le cadre de l'obésité est lui aussi global : il s'agit d'une modification thérapeutique de son mode de vie (alimentation, activité physique mais aussi loisirs, transports et tout ce qui le conditionne). Le projet est de construire avec le patient un plan personnalisé de changement dans le but d'en favoriser l'adhésion plutôt que de simplement chercher à corriger les erreurs.^[61] L'ETP pourrait donc en théorie lever la plupart des freins que nous avons identifiés.

Avenir de l'éducation thérapeutique du patient

L'ETP, telle qu'elle est organisée actuellement, n'est encore pas prête à être proposée à toutes les personnes obèses consultant en soins primaires. Pour répondre à ce défi, le rapport sur l'ETP et les parcours de soins de la personne obèse destiné à la Direction Générale de la Santé établi en 2014 propose des évolutions de l'ETP pour qu'elle soit applicable en soins primaires.^[61] Il faudrait ainsi distinguer 2 types d'organisation de l'ETP : l'ETP de proximité et l'ETP de recours. L'intérêt de l'ETP de proximité serait de développer des programmes adaptés au contexte de l'exercice de la médecine générale avec des consultations relativement courtes mais répétées.

L'avantage de ce modèle réside dans la possibilité d'agir selon une gradation du niveau de soins dans lequel le parcours d'ETP est initié :

- niveau 1 (ETP de proximité) : centré autour du médecin traitant où le MG peut représenter le seul médecin avec éventuellement l'aide d'autres professionnels de santé (diététiciennes formées en ETP par exemple) ou de structures de proximité (maison de santé par exemple) dans le cadre de format d'interventions simplifiées ;
- niveau 2 (ETP de recours) : celui du recours aux spécialistes, pouvant s'appuyer sur un réseau de soins (plurithématique ou spécialisé), ou un SSR « affections des systèmes digestifs, endocriniens et métaboliques » par exemple... ;
- niveau 3 (ETP de recours) : recours régional : centre spécialisé de l'obésité (CSO) et SSR labellisé « obésité ».

Le rapport souligne également qu'il n'existe pas de critères permettant de définir les indications de l'ETP chez un individu. Il faudrait être attentif aux personnes avec prise pondérale rapide, ou présentant une obésité polycomplicquée, ou avec une altération de la qualité de vie ou une souffrance psychologique importantes. Nous revenons ainsi à l'importance d'un repérage plus précis et personnalisé de l'obésité et de ses conséquences que la simple utilisation de l'IMC (comme par exemple l'utilisation de la classification EOSS).^[23]

Meilleure coordination des réseaux de soins

Nous l'avons souligné, la HAS ne pouvait pas établir en 2011 de schéma précis de prise en charge de deuxième recours. Des structures spécialisées existent pourtant : ce sont notamment les CSO. Le problème reste que ces centres s'occupent essentiellement de patients en obésité sévère à massive, pouvant éventuellement entrer dans une filière de chirurgie bariatrique. Le parcours de soins pour un patient en obésité modérée à sévère en échec de prise en charge avec le MG est plus compliqué. Même si la proposition d'évolution de l'ETP développée précédemment offre un début de réponse, tout reste à faire.

L'objectif à terme serait qu'un médecin qui n'ait pas ou plus de solution pour un patient donné, puisse l'orienter aisément vers un contact connu de son carnet d'adresses.

Le mot de la fin

Comme souligné dans le rapport sur l'ETP et les parcours de soins de la personne obèse à la Direction Générale de la Santé : « L'objectif n'est pas de « faire maigrir », mais de soigner une personne, en prenant en compte l'ensemble de ses difficultés, qui ne relèvent pas toutes de l'excès de poids. » ^[61] Pour aider la personne obèse dans sa globalité, l'essentiel est donc qu'elle puisse exprimer ses difficultés dans le cadre d'une relation égalitaire de confiance avec son médecin. Pour conclure, nous reprendrons une citation de Louis Pasteur qui nous rappelle la priorité pour le médecin :

« Guérir parfois, Soulager souvent, Écouter toujours. »

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization, éditeur. Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale; rapport d'une consultation de l'OMS. Genève: Organisation Mondiale de la Santé. 2000.
2. WHO :: Global Database on Body Mass Index [Internet]. [cité 2017 oct 12]; Available from: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
3. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours. Recommandations de bonne pratique. Argumentaire. 2011;
4. Basdevant A, Clément K. Histoire naturelle et origine des obésités. *Traité Médecine Chir Obésité Médecine Sci Publ Lavoisier* 2011;
5. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2009;9(1):88.
6. Luppino FS, Wit LM de, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BWJH, et al. Overweight, Obesity, and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(3):220-9.
7. Puhl R, Brownell KD. Bias, Discrimination, and Obesity. *Obes Res* 2001;9(12):788-805.
8. Puhl RM, Andreyeva T, Brownell KD. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *Int J Obes* 2008;32(6):992-1000.
9. Thibaut de Saint-Pol. Corpulence et genre en Europe: le poids des inégalités d'apparence et de santé. *ENSAE ParisTech* 2008;5.
10. ObÉpi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. [Internet]. 2012; Available from: <http://www.rolche.fr/innovation-recherche-medicale/decouverte-scientifique-medicale/cardio-metabolisme/enquete-nationale-obepi-2012.html>
11. Matta J, Zins M, Feral-Pierssens A, Carette C, Ozguler A, Goldberg M. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. *Bull Épidémiologique Hebd* 2016;7.
12. Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. *Bull Épidémiologique Hebd* 2017;8.

13. Pineda E, Sanchez-Romero LM, Brown M, Jaccard A, Jewell J, Galea G, et al. Forecasting Future Trends in Obesity across Europe: The Value of Improving Surveillance. *Obes Facts* 2018;11(5):360-71.
14. Larsson B, Svardsudd K, Welin L, Wilhelmsen L, Bjorntorp P, Tibblin G. Abdominal adipose tissue distribution, obesity, and risk of cardiovascular disease and death: 13 year follow up of participants in the study of men born in 1913. *BMJ* 1984;288(6428):1401-4.
15. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Bautista L, Franzosi MG, Commerford P, et al. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27 000 participants from 52 countries: a case-control study. *The Lancet* 2005;366(9497):1640-9.
16. Expert Panel on Detection E. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001;285(19):2486-97.
17. Alberti KGMM, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome—a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabet Med* 2006;23(5):469-80.
18. Ford ES. Risks for All-Cause Mortality, Cardiovascular Disease, and Diabetes Associated With the Metabolic Syndrome: A summary of the evidence. *Diabetes Care* 2005;28(7):1769-78.
19. Lorenzo C, Williams K, Hunt KJ, Haffner SM. The National Cholesterol Education Program—Adult Treatment Panel III, International Diabetes Federation, and World Health Organization Definitions of the Metabolic Syndrome as Predictors of Incident Cardiovascular Disease and Diabetes. *Diabetes Care* 2007;30(1):8-13.
20. Tomiyama AJ, Hunger JM, Nguyen-Cuu J, Wells C. Misclassification of cardiometabolic health when using body mass index categories in NHANES 2005–2012. *Int J Obes* 2016;40(5):883-6.
21. Hinnouho G-M, Czernichow S, Dugravot A, Batty GD, Kivimaki M, Singh-Manoux A. Metabolically healthy obesity and risk of mortality: Does the definition of metabolic health matter? *Diabetes Care* 2013;DC_121654.
22. Janiszewski PM, Ross R. Effects of weight loss among metabolically healthy obese men and women. *Diabetes Care* [Internet] 2010 [cité 2019 févr 8];Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/early/2010/06/22/dc10-0547>
23. Ziegler O. Quelle nouvelle classification pour une prise en charge personnalisée ? *JABD* 2014;3.

24. Padwal RS, Pajewski NM, Allison DB, Sharma AM. Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity. *Can Med Assoc J* 2011;183(14):E1059-66.
25. Plan obésité 2010-2013 [Internet]. Available from: www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_-_interactif.pdf
26. Dery Y. Obésité et surpoids: description de la prise en charge globale en médecine générale : Etude nationale ECOGEN. 2016;
27. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, et al. Overweight and Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of General Practitioners in France. *Obes Res* 2005;13(4):787-95.
28. Fayemendy P, Avodé Z, Pivois L, Rouvray CD, Jésus P, Desport J-C. Prise en charge de l'obésité : quel est le niveau de formation des médecins généralistes du département de la Haute-Vienne et comment perçoivent-ils leur pratique ? *Cah Nutr Diététique - Vol 46 - N° 4 - P 199-205* [Internet] 2011; Available from: <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/475475/resultatrecherche/12>
29. Rolland C. Enjeux et usages des recommandations de bonne pratique : application à la médecine générale et à l'hypertension artérielle [Internet]. 2011 [cité 2019 janv 30]; Available from: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00649606/document>
30. Sacks FM, Bray GA, Carey VJ, Smith SR, Ryan DH, Anton SD, et al. Comparison of Weight-Loss Diets with Different Compositions of Fat, Protein, and Carbohydrates. *N Engl J Med* 2009;360(9):859-73.
31. Wing RR, Tate DF, Gorin AA, Raynor HA, Fava JL. A Self-Regulation Program for Maintenance of Weight Loss. *N Engl J Med* 2006;355(15):1563-71.
32. Fayemendy P, Jesus P, Pouchard L, Desport J-C. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et pistes d'amélioration possibles. *Cah Nutr Diététique - Vol 50 - N° 3 - P 142-149* [Internet] 2015 [cité 2017 oct 19]; Available from: <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/981180/resultatrecherche/8>
33. Mestoudjian P. Que recommandent les médecins généralistes à leurs patients en surpoids et obèses?: Approche des représentations de l'obésité et des patients qui en souffrent chez les médecins généralistes : étude transversale à Paris. 2012;
34. Turra-Michel S. L'obésité en Lorraine: prévalence de l'obésité parmi les patients consultant en médecine générale en Lorraine et attitude du médecins traitant face à ces patients : description d'une population obèse vivant en milieu défavorisé et consultant en médecine générale en Lorraine. 2008;

35. Hernandez-Bridier M. Obésité de l'adulte: pratiques et attentes des médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge en Picardie en 2015. 2016;81.
36. Bénard M, Camilleri GM, Etilé F, Méjean C, Bellisle F, Reach G, et al. Association between Impulsivity and Weight Status in a General Population. *Nutrients* 2017;9(3).
37. Julia C, Péneau S, Andreeva VA, Méjean C, Fezeu L, Galan P, et al. Weight-loss strategies used by the general population: how are they perceived? *PloS One* 2014;9(5):e97834.
38. Puhl RM, Brownell KD. Confronting and Coping with Weight Stigma: An Investigation of Overweight and Obese Adults. *Obesity* 2006;14(10):1802-15.
39. Casazza K, Fontaine KR, Astrup A, Birch LL, Brown AW, Bohan Brown MM, et al. Myths, Presumptions, and Facts about Obesity. *N Engl J Med* 2013;368(5):446-54.
40. Yoong SL, Carey ML, Sanson-Fisher RW, D'Este CA. A cross-sectional study assessing Australian general practice patients' intention, reasons and preferences for assistance with losing weight. *BMC Fam Pract* 2013;14:187.
41. Tan D, Zwar NA, Dennis SM, Vagholkar S. Weight management in general practice: what do patients want? *Med J Aust* 2006;185(2):73-5.
42. Thuan J, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes* 2005;29(9):1100-6.
43. Zhu D, Norman IJ, While AE. The relationship between health professionals' weight status and attitudes towards weight management: a systematic review. *Obes Rev* 2011;12(5):e324-37.
44. Bleich SN, Gudzone KA, Bennett WL, Jarlenski MP, Cooper LA. How does physician BMI impact patient trust and perceived stigma? *Prev Med* 2013;57(2):120-4.
45. Gudzone KA, Bennett WL, Cooper LA, Bleich SN. Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers. *Patient Educ Couns* 2014;97(1):128-31.
46. Avignon A, Attalin V. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité. *Cah Nutr Diététique* 2013;48(2):98-103.
47. Booth AO, Nowson CA. Patient recall of receiving lifestyle advice for overweight and hypertension from their General Practitioner. *BMC Fam Pract* 2010;11:8.
48. Blackburn M, Stathi A, Keogh E, Eccleston C. Raising the topic of weight in general practice: perspectives of GPs and primary care nurses. *BMJ Open* 2015;5(8):e008546.

49. Foster GD, Wadden TA, Phelan S, Sarwer DB, Sanderson RS. Obese Patients' Perceptions of Treatment Outcomes and the Factors That Influence Them. *Arch Intern Med* 2001;161(17):2133-9.
50. Befort CA, Greiner KA, Hall S, Pulvers KM, Nollen NL, Charbonneau A, et al. Weight-Related Perceptions Among Patients and Physicians: How Well do Physicians Judge Patients' Motivation to Lose Weight? *J Gen Intern Med* 2006;21(10):1086-90.
51. Astrup A, Rössner S. Lessons from obesity management programmes: greater initial weight loss improves long-term maintenance. *Obes Rev* 2000;1(1):17-9.
52. Yates EA, Macpherson AK, Kuk JL. Secular Trends in the Diagnosis and Treatment of Obesity Among US Adults in the Primary Care Setting. *Obesity* 2012;20(9):1909-14.
53. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB, et al. Primary Care Physicians' Attitudes about Obesity and Its Treatment. *Obes Res* 2003;11(10):1168-77.
54. Lampuré A, Castetbon K, Hanafi M, Deglaire A, Schlich P, Péneau S, et al. Relative Influence of Socioeconomic, Psychological and Sensory Characteristics, Physical Activity and Diet on 5-Year Weight Gain in French Adults. *Nutrients* 2017;9(11).
55. Malterud K, Ulriksen K. Obesity in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2010;28(4):205-10.
56. Banerjee ES, Gambler A, Fogleman C. Adding obesity to the problem list increases the rate of providers addressing obesity. *Fam Med* 2013;45(9):629-33.
57. Bordowitz R, Morland K, Reich D. The Use of an Electronic Medical Record to Improve Documentation and Treatment of Obesity. *Fam Med* 2007;39(4):6.
58. Schriefer SP, Turbow DJ, Patch SC. Effect of a Computerized Body Mass Index Prompt on Diagnosis and Treatment of Adult Obesity. *Fam Med* 2009;41(7):6.
59. Morin B, Jésus P, Fayemendy P, Desport J-C, c réseau L. Intérêt d'outils d'autoformation portant sur l'excès de poids en médecine générale. *Cah Nutr Diététique* [Internet] 2017 [cité 2017 oct 19]; Available from: <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/1123636/resultatrecherche/9#N10428>
60. Teixeira PJ, Silva MN, Mata J, Palmeira AL, Markland D. Motivation, self-determination, and long-term weight control. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012;9(1):22.
61. Ziegler O, Bertin E, Jouret B, Calvar R, Sanguignol F, Avignon A, et al. Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. *Obésité* 2014;9(4):302-28.

ANNEXES

ANNEXE 1 : FICHES DE SUPPORT HAS

FICHE DE PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ

BILAN INITIAL D'UN EXCÈS DE POIDS

FICHE DE SUPPORT À L'ENTRETIEN LORS DU BILAN INITIAL

FICHE DE CONSEILS POUR L'ALIMENTATION

EXEMPLES D'ACTIVITÉS PHYSIQUES EN FONCTION DE LEUR INTENSITÉ

FICHE DE PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ

Le patient est pesé et mesuré
 $IMC (\text{poids}/\text{taille}^2) \geq 30 \text{ kg/m}^2$
OBÉSITÉ


Prévoir des consultations dédiées avec un suivi programmé


BILAN INITIAL

Voir tableau Bilan initial d'un excès de poids

Interventions proposées pour atteindre l'objectif thérapeutique en fonction de l'IMC, du tour de taille et de la présence de comorbidités

IMC (kg/m ²)	Tour de taille (cm)		Présence de comorbidités
	Bas Hommes < 94 Femmes < 80	Élevé Hommes ≥ 94 Femmes ≥ 80	
30-35			
35-40			
> 40			

 Conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique (objectif : réduire le poids de 5 % à 15 %)

 Conseils diététiques et activité physique, approche psychologique (objectif : réduire le poids). Considérer la chirurgie bariatrique

- L'obésité est une maladie chronique
- La prise en charge de l'obésité est fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient
- Établir avec le patient des objectifs de réduction pondérale réalistes (de 5 % à 15 % par rapport au poids initial) en définissant des moyens adaptés dans le cadre d'un contrat thérapeutique
- Interrompre la prise de poids est déjà un objectif intéressant pour les personnes ayant une obésité qui sont en situation d'échec thérapeutique
- Prendre en charge les comorbidités associées
- Le maintien de la perte de poids est essentiel
- Éviter tout discours culpabilisant
- Avoir une approche psychologique complétée si nécessaire par une prise en charge spécialisée (en particulier en cas de trouble du comportement alimentaire, de trouble dépressif)
- Les techniques cognitivo-comportementales ont fait la preuve de leur efficacité
- La prise en charge du patient par le médecin de premier recours doit être poursuivie au long cours
- Les modifications de comportement obtenues pour l'activité physique et l'alimentation doivent être maintenues sur le long terme
- Être attentif à l'amélioration du bien-être, de l'estime de soi et de l'intégration sociale du patient

Faire appel à un professionnel de santé en deuxième recours dans les cas suivants :

- Récidive après plusieurs régimes, échec de la prise en charge de premier recours. L'échec peut être envisagé au bout de 6 mois à un an en général (faire appel à un médecin spécialisé en nutrition ou un diététicien, à un psychiatre ou un psychologue clinicien, à un masseur-kinésithérapeute ou un enseignant en activités physiques adaptées)
- $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ avec comorbidité et $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ si demande du patient ou avis pour une éventuelle indication de chirurgie bariatrique

Bilan initial d'un excès de poids

Interrogatoire et examen clinique	
Mesurer le tour de taille	
Rechercher des facteurs favorisant la prise de poids	
Apports énergétiques excessifs (alimentation trop riche, trop dense en calories, boissons sucrées, grande taille des portions)	
Sédentarité	
Arrêt ou réduction de l'activité physique et sportive	
Arrêt du tabac non accompagné de mesures adaptées	
Consommation d'alcool	
Prise de certains médicaments (parmi lesquels des neuroleptiques, des antidépresseurs, des antiépileptiques, l'insuline, les sulfamides hypoglycémisants, les corticoïdes)	
Facteurs génétiques et antécédents familiaux d'obésité	
Antécédents d'obésité dans l'enfance	
Grossesse	
Ménopause	
Troubles du comportement alimentaire	
Troubles anxio-dépressifs et périodes de vulnérabilité psychologique ou sociale	
Facteurs professionnels (parmi lesquels stress au travail, travail posté)	
Diminution du temps de sommeil	
Identifier un trouble du comportement alimentaire	
Impulsivité alimentaire, compulsions alimentaires, moins fréquemment hyperphagie boulimique	
Retracer l'histoire pondérale (Consulter la fiche de support à l'entretien lors du bilan initial)	
Évaluer l'activité physique (Consulter la fiche de support à l'entretien lors du bilan initial)	
Évaluer l'activité sédentaire (Consulter la fiche de support à l'entretien lors du bilan initial)	
Étudier les habitudes et les apports alimentaires (Consulter la fiche de support à l'entretien lors du bilan initial)	
Rechercher les médicaments pris par le patient et leur lien avec la prise de poids	
Évaluer sa perception de l'excès de poids, son vécu et sa <u>motivation au changement</u>	
Rechercher les conséquences de l'excès de poids	
Somatiques	Hypertension artérielle (mesurer la pression artérielle avec un brassard adapté, sur les bras coniques, la mesure est réalisée à l'avant-bras) Dyspnée d'effort Angor Apnées du sommeil, endormissement diurne, ronflements, asthénie matinale Douleurs articulaires (genoux, hanches, chevilles, lombaires) Macération des plis, mycoses Insuffisance veineuse, lymphœdème Incontinence urinaire Anomalies du cycle menstruel Signes orientant de présence d'un cancer (métorragies, examen des seins, etc.)
Psychologiques	Troubles anxio-dépressifs, perte de la libido Troubles du comportement alimentaire secondaires à l'obésité (« pertes de contrôle », compulsions alimentaires secondaires aux régimes répétés, syndrome du mangeur nocturne)
Sociales	Difficultés à l'embauche, discrimination, stigmatisation, arrêts de travail, perte du travail, isolement
Altération de la qualité de vie	
Ordonnance	
Exploration d'anomalie lipidique (EAL)	
Chez des sujets âgés de plus de 45 ans ayant un IMC ≥ 28 kg/m² : glycémie à jeun	

Fiche de support à l'entretien lors du bilan initial

Retracer l'histoire pondérale
Âge de début de la prise de poids (enfance, adolescence, âge adulte), circonstances déclenchantes
À l'âge adulte : poids le plus bas, poids le plus haut
Variations récentes du poids (gain, perte, depuis quand, de combien, pourquoi : évènements de vie)
Régimes suivis, actuellement, dans le passé, avec les modalités d'encadrement
Nombre et amplitude des rechutes et des récives de prise de poids et leur contexte
Poids de forme, poids où le patient se sent bien
Évaluer l'activité physique
Profession principale Horaires normaux ou décalés Intensité approximative de l'activité physique professionnelle (faible, modérée, élevée)
Activités domestiques réalisées à domicile (ex. : travail d'entretien de la maison...) Intensité approximative de l'activité domestique (faible, modérée, élevée)
Activités de loisirs et activités sportives actuelles et antérieures, en identifiant l'activité de marche au cours des loisirs Pour chaque activité : <ul style="list-style-type: none"> ● intensité approximative (faible, modérée, élevée) ● durée de chaque session d'activité ● fréquence de pratique (par ex. : sur l'année précédente)
Transports et trajets pour se rendre au travail ou dans les magasins Temps de trajet habituel (heures/jour) Mode de trajet (marche, vélo...)
Utilisation préférentielle des ascenseurs ou des escaliers
Évaluer les occupations sédentaires
Temps passé devant un écran (TV/vidéo/ordinateur) (heures/jour)
Temps passé en position assise (heures/jour)
Étudier les habitudes alimentaires
Repas (heures habituelles, comment : debout/assis, seul/en compagnie, au restaurant, vite/en prenant le temps de manger, habitude de se resservir à table) Goûter(s), collation ou en-cas Grignotage : horaire, fréquence, circonstances déclenchantes, pourquoi (faim, ennui, envie, gourmandise, contrariétés...), aliments consommés, quantités Habitude de sauter un repas (fréquence) Habitude de manger la nuit (dans la soirée, à l'endormissement, après des réveils nocturnes) Sensations subjectives : faim, envie de manger, rassasiement, satiété
Évaluer la taille des portions (le diamètre d'une assiette de taille standard est 25 cm)
Habitudes d'achat des aliments (Qui ? Où ? Quand ? Combien ? Stockage)
Préparation des repas (Qui ? Mode de cuisson, d'assaisonnement)
Étudier les apports alimentaires
Consommation de boissons sucrées (sodas, jus de fruits, spécialités laitières, boissons énergisantes), de boissons alcoolisées
Consommation d'aliments à forte densité énergétique riches en lipides (par exemple : fritures — frites, chips, beignets, etc., pâtisseries, glaces, viennoiseries), en sucres (par exemple : confiseries)
Consommation d'aliments à faible densité énergétique (fruits, légumes)

Fiche de conseils pour l'alimentation

Conseils diététiques
Limitier la consommation des aliments à forte densité énergétique, riches en lipides ou en sucres, et les boissons sucrées ou alcoolisées
Choisir des aliments de faible densité énergétique (fruits, légumes), boire de l'eau
Contrôler la taille des portions *
Diversifier les choix alimentaires en mangeant de tout (ne pas éliminer les aliments préférés mais en manger modérément)
Manger suffisamment et lentement à l'occasion des repas, ne pas manger debout, mais assis bien installé à une table, si possible dans la convivialité
Structurer les prises alimentaires en repas et en collations en fonction des nécessités du mode de vie du sujet (en général, 3 repas principaux et une collation éventuelle), ne pas sauter de repas pour éviter les grignotages entre les repas favorisés par la faim
Rassurer le patient quant à son droit au plaisir de manger, la convivialité des repas est souhaitable
Conseils pour l'acquisition des aliments
Prévoir les menus pour le nombre de convives
Faire une liste de courses
Faire ses courses sans avoir faim
Éviter d'acheter des aliments consommables sans aucune préparation
Apprendre à lire les étiquettes d'information sur les emballages
Conseils pour la préparation des aliments
Cuisiner si possible soi-même ou indiquer clairement les consignes à la personne qui cuisine
Proposer la même alimentation pour toute la famille (seules les quantités vont varier)
Utiliser les produits de saison
Limitier l'utilisation de matière grasse pour la cuisson
Cuisiner des quantités adaptées. Limitier la taille des plats. S'il y a des restes, proposer de les accommoder pour le repas suivant
Conseils pour les repas
Se consacrer au repas, être attentif à son assiette
Prêter attention aux sensations perçues lorsqu'on mange (est-ce acide, amer, sucré, chaud ?)
Servir à l'assiette ; remplir les assiettes avant de les apporter sur la table (éviter de laisser le plat sur la table). Ne pas se resservir
Déposer les couverts entre chaque bouchée en cas de tachyphagie †
Utiliser des assiettes de diamètre standard (ou petit) pour obtenir une taille des portions adaptée
Conseils entre les repas
Proposer aux personnes qui mangent en réaction à des émotions négatives (déception, ennui, nervosité) un comportement incompatible avec le fait de manger comme téléphoner ou se doucher ou faire une promenade
Éviter d'acheter ou stocker en quantité les aliments habituellement consommés lors des prises alimentaires extra-prandiales (grignotage)
En cas de perte de contrôle, préférer les aliments à faible densité calorique. Accepter de ne pas se cacher et de prendre le temps de déguster lentement

* : il existe un document iconographique conçu pour aider à l'estimation des quantités consommées (Portions alimentaires : manuel photos pour l'estimation des quantités) ; † : comportement alimentaire caractérisé par l'ingestion rapide d'aliments.

Exemples d'activités physiques en fonction de leur intensité

Tableau d'exemples d'activités physiques (marche, vie quotidienne, loisirs, sports) en fonction de leur intensité d'après la SFN, 2005

Intensité	Exemples d'activités	Durée
Faible	Marche lente (4 km/h)	45 minutes
	Laver les vitres ou la voiture, faire la poussière, entretien mécanique	
	Pétanque, billard, bowling, Frisbee, voile, golf, volley-ball, tennis de table (en dehors de la compétition)	
Modérée	Marche rapide (6 km/h)	30 minutes
	Jardinage léger, ramassage de feuilles, port de charges de quelques kg	
	Danse de salon	
	Vélo ou natation « plaisir », aqua-gym, ski alpin	
Élevée	Marche en côte, randonnée en moyenne montagne	20 minutes
	Bêcher, déménager	
	Jogging (10 km/h), VTT, natation « rapide », saut à la corde, football, basket-ball, sports de combat, tennis (en simple), squash	

Les durées mentionnées de façon indicative sont celles correspondant à un volume d'activité physique équivalent à 30 minutes d'activité d'intensité modérée

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

Nous nous rencontrons aujourd'hui comme convenu pour que je vous interroge sur votre vécu du suivi de votre poids chez votre médecin généraliste. Le but pour moi est d'argumenter ma thèse de docteur en médecine. Pour rappel, cet entretien sera enregistré par dictaphone pour pouvoir retranscrire vos propos au plus proche de la réalité de manière totalement anonyme.

I) Introduction

Quelle est votre histoire personnelle concernant l'évolution de votre poids ?

II) Représentations des patients sur l'excès de poids

Qu'est-ce que l'excès de poids représente pour vous ?

Question de relance : Qu'est-ce que le mot « obésité » représente pour vous ?

Selon vous, en quoi votre poids influence-t-il votre quotidien ?

Question de relance : En quoi influence-t-il votre quotidien physiquement ? et votre vie sociale ?

III) Perdre du poids

Moyens : Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour perdre du poids ?

Question de relance : Quels ont été les moyens proposés par votre médecin généraliste ?

Motivation : Quelles sont vos sources de motivation à perdre du poids ?

Contraintes : Quelles sont les contraintes que représente la démarche de perte de poids pour vous ?

Vécu : Quel a été votre ressenti lors de vos tentatives de perte de poids ?

Question de relance : À quoi attribuez-vous les causes de l'échec : à la maladie, à vous, à la méthode choisie, au manque de soutien de votre entourage, à d'autres causes ?

IV) Le suivi du poids par le médecin généraliste

Quel est votre vécu du suivi du poids chez votre médecin généraliste ?

Question de relance : Quel est votre sentiment lorsqu'il s'agit de monter sur la balance ?

Selon vous, comment votre médecin généraliste pourrait-il vous aider à perdre du poids ?

Pour quelles raisons vous semble-t-il difficile de consulter votre médecin généraliste pour le suivi de votre poids ?

Question de relance : Que pensez-vous de consultations dédiées au suivi du poids ? Vous semblerait-il difficile de consulter votre médecin généraliste pour un tel suivi ?

Qu'attendez-vous de votre médecin généraliste concernant le suivi de votre poids ?

Questions pour amener la personne interrogée à approfondir sa réflexion

Rebondir sur un mot ou une expression : *Pouvez-vous m'en dire un peu plus ? C'est intéressant mais encore ? Pouvez-vous me préciser cela ?*

Synthèse du propos de la personne suivie d'une interrogation : *Donc, si je comprends bien, vous me dites que ... ?*

ANNEXE 3 : FICHE EXPLICATIVE

Suivi de l'excès de poids chez le médecin généraliste

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse de docteur en médecine, je souhaite réaliser une enquête auprès de personnes présentant un excès de poids. Le but de cette étude est de décrire le vécu par le patient du suivi du poids en consultation chez le médecin généraliste.

Ainsi, avec votre accord, je vous propose que l'on se rencontre chez vous pour une interview avec enregistrement audio. L'analyse de ces enregistrements me permettra d'argumenter ma thèse par retranscription des entretiens de manière anonyme.

Je vous contacterai prochainement pour fixer un rendez-vous pour notre entretien. Il faudra compter une durée approximative de 30 minutes.

Je vous remercie de consacrer un peu de votre temps pour la réalisation de ce travail de recherche.

Gautier Schoumacher

ANNEXE 4 : VERBATIM DES ENTRETIENS

SOMMAIRE

PATIENT 1114

PATIENT 2123

PATIENT 3133

PATIENT 4140

PATIENT 5146

PATIENT 6154

PATIENT 7160

PATIENT 8166

PATIENT 9177

PATIENT 10183

PATIENT 11194

PATIENT 1

- 1 *Je suis en train de remplir une fiche que je me suis préparé pour caractériser les sujets*
2 *interrogés. Cette fiche reprend âge, poids, taille, profession, puis des questions qui ont*
3 *commencé à faire parler la personne interrogée sur ses antécédents et sur le fait de savoir si*
4 *elle avait des problèmes de poids dans l'enfance. J'allume mon dictaphone et j'essaie de la*
5 *faire revenir sur ce qu'elle m'a dit.*
- 6 « Vous voyez, les petites informations que vous m'avez données... A partir de 25 ans... »
- 7 « voilà, le fait de...de plus... prendre... ben de plus trop marcher, de plus prendre le bus,
8 d'avoir la voiture personnelle, de plus de sédentarité, le fait d'aller manger à l'extérieur avec
9 les collègues, ça, ça... »
- 10 « avec les collègues , oui vous avez commencé à travailler...? »
- 11 « J'ai pas commencé tout de suite dans les ambulances. J'étais au CIC. J'ai travaillé 5 ans
12 dans une banque. C'est vrai qu'avec les collègues entre midi, on rentrait pas et on allait
13 systématiquement manger au restaurant quoi.»
- 14 « Dans la famille, y a des soucis de poids ? »
- 15 « Oui. Oui les 2 parents. Ma mère a des gros soucis de santé liés au poids aussi ... *(soupir)*
- 16 « Ok... Euh... Sinon vous avez pratiqué des régimes vous ? »
- 17 « Oui. Je crois que je les ai tous fait *(rires)* Je sais pas si... Il en ressort chaque année des
18 nouveaux mais...mais j'ai tout fait. J'ai fait les diètes protéinées, j'ai fait Dukan, j'ai fait
19 Weight Watchers... j'ai... j'ai fait régime de soupes aux choux... j'ai fait les pots de
20 bébés...*(rires)* »
- 21 « Vous avez essayé beaucoup de choses... »
- 22 « Y en a plein qui ont marché. »
- 23 « Oui »
- 24 « Et puis voilà : le résultat, c'est qu'on reprend autant ou plus à chaque fois... parce que là
25 on arrive pas à tenir dans le temps. Y a un moment donné où y a un aliment, où y a des
26 situations de la vie qui font qu'un moment donné on lâche. C'est trop sévère, c'est trop
27 draconien. Donc du coup, y a un moment donné, ben c'est plus possible de continuer quoi.
- 28 Puis même, parfois, c'est des régimes qui sont liés au suivi d'une diététicienne avec des
29 produits bien à eux, ben c'est le porte-monnaie qui dit stop aussi de temps en temps...
30 Voilà... Weight Watchers c'était ça aussi. »
- 31 « Bien. Et ouais... Vous avez été voir des diététiciennes aussi ? ou d'autres personnes ? »

32 « Oui. J'ai voulu... euh... comme j'avais tout essayé, j'ai voulu... euh... faire de la chirurgie et
 33 euh... voir si j'étais éligible à la sleeve. Sauf que là on m'a dit que j'étais pas éligible, que
 34 j'avais pas de « comorbidités » comme ils disent. Alors moi ce que je comprenais pas dans ce
 35 protocole, c'est que je voulais anticiper sur les problèmes que je vois sur ma mère
 36 actuellement, qui ont commencé à l'âge de 40 ans chez elle. Donc elle est diabétique de type
 37 II, elle a de l'arthrose de partout, elle a du cholestérol aussi, elle a été opérée du cœur -
 38 pontage et valve-, elle a été opérée des carotides... J'veux dire je vois c'que ça donne. Donc
 39 j'veux anticiper tous ces problèmes-là, parce que je vois que j'y coure... euh... vite. Sauf que
 40 ben la médecine française, il traite les problèmes quand ils sont là. Y a p't-être de la
 41 prévention avant sur des choses mais... ils veulent pas anticiper qu'ils vont arriver donc voilà.
 42 J'ai maigri comme ils m'ont demandé, un petit peu. Mais voilà... Le fait que je rentre pas tout
 43 à fait dans les cases, j'y ai pas eu droit. »

44 « et ça , enfin ça s'était décidé... tout de suite quoi ? »

45 « Non. Non non, j'étais faire... Ils m'ont fait faire tout le protocole, presque jusqu'à la fin. Ils
 46 m'ont fait rencontrer toutes les personnes. J'ai juste pas fait... euh ... ben la caméra (*me*
 47 *montre le trajet de son œsophage*) mais euh c'est tout. Mais pour me dire à la fin, j'ai revu...
 48 ça a duré 1 an, et j'ai revu le chirurgien à la fin. Il m'a dit « bon vous êtes l'élue du jour. Vous,
 49 je vous... j'vous opère pas. »

50 « D'accord »

51 « J'étais trop limite, j'étais à 39 et des poussières. Eux, c'est 40, l'IMC, donc voilà. Voilà, un
 52 suivi oui avec une diététicienne oui, mais c'était si je voulais. C'était presque moi qui devais
 53 réclamer le rendez-vous. Alors à un moment donné, je l'ai arrêté aussi. »

54 « Vous l'avez arrêté ? »

55 « Ben oui »

56 « Ça avait duré combien de temps un peu près ? »

57 « Ben j'ai fait 3, 4 rendez-vous. Et j'ai... j'ai été aux réunions avec d'autres personnes là qui
 58 étaient aussi éligibles. C'était intéressant mais voilà j'me demandais ce que je faisais là étant
 59 donné qu'on m'avait bien fait comprendre que... j's'rai pas opérée quoi ! Et quand on arrive
 60 au point de vouloir une chirurgie, c'est quand même que... on a tout essayé quoi. »

61 « Ouais... Et alors chez le médecin généraliste... le vécu du suivi du poids ouais chez le
 62 médecin généraliste ? »

63 « Ben c'est plutôt euh... »

64 « Est-ce que... quand vous devez passer sur la balance, qu'est-ce qui... »

65 « Ben il regarde la différence qu'il y a avec la fois d'avant, et puis euh... et puis il prend la
 66 tension. On voit que quand je grossis, la tension augmente et quand je maigris, ben il est
 67 content, la tension descend un petit peu mais j'veux dire... ça s'arrête là. Après c'est moi qui
 68 fais la démarche de demander un courrier pour aller voir ailleurs, ben le chirurgien... Voilà,
 69 c'est... Il... J'veux dire, il va traiter les problèmes qui découlent de mon poids, c'est-à-dire
 70 mes fessalgies, le fait de peser trop lourd sur mon squelette, mais euh le poids en lui-
 71 même... c'est à moi de me prendre en charge je trouve à ce niveau-là. Il... J'veux dire, il m'a
 72 proposé de me voir toutes les semaines, de prendre un rendez-vous au départ toutes les
 73 semaines, après toutes les 2 semaines pour essayer d'être plus motivant. Mais après il faut
 74 se dégager du temps euh... puis... J'suis pas sûr que son discours à lui soit... (*sourire*) Je pense
 75 qu'il a un peu tendance à... comment... Je trouve pas le terme... à mettre la faute, j'veux dire
 76 c'est de notre faute si on est comme ça quoi alors que partout ailleurs, ben dans les livres, à
 77 la télévision, dans les médias, on dit que c'est une maladie. Voilà. Je trouve que y a pas une
 78 écoute... »

79 « Qu'est-ce que ça représente pour vous justement ? Ça représente une maladie ? Ou... euh,
 80 ça représente quoi pour vous ? »

81 « Euh... Un handicap et euh... d'abord et une maladie quand même. Parce qu'à un moment
 82 donné, on essaie de s'en sortir et euh on arrive pas à tenir. Je pense que... J'ai lu plein de
 83 choses, j'me suis intéressé vraiment au protocole de la sleeve. Je comprends que ça marche
 84 quand même à assez long terme, parce qu'il y a pas cette histoire de ghréline là dans
 85 l'estomac... Toutes ces choses-là, j'trouve sont pas prises en considération. Le fait de... de
 86 pas tenir sur la durée... c'est, j'veux dire on n'est pas suivi quoi. Je trouve que dans la durée,
 87 on n'a, on n'a pas... euh... le fait de nous motiver, de nous... »

88 « Ouais. Ouais, ouais, et à votre avis justement alors, qu'est-ce qui pourrait vous motiver ?
 89 C'est quoi vos sources de motivations ? auparavant, pour ce qui a fonctionné ? »

90 « Ben au début, on a une grande motivation, on a envie de se prendre en main mais c'est sur
 91 la durée, un moment donné, ça, ça s'essouffle et... Il suffit d'un événement ou d'une période
 92 un peu plus stressante. Moi je sais que quand ma mère a dû se faire opérer du cœur, ça nous
 93 est un peu tombé dessus comme ça. J'ai tout lâché. J'ai plus trouvé de temps, mais j'veux
 94 dire, mon attention, mes priorités ont été happées sur autre chose, donc du coup, là j'ai
 95 lâché. Et ben, j'ai lâché après pour de bon quoi. »

96 « Oui »

97 « Après ben il faut une autre période où on touche le fond pour s'dire « bon ben maintenant
 98 il faut vraiment que j'me prenne en main, j'en peux plus » On s'regarde un peu plus le
 99 nombril mais j'veux dire, c'est... J'crois que les obèses, un moment donné, on en arrive au
 100 point où on en arrive parce que on fait pas assez d'introspection et on prend pas le temps de
 101 se regarder... Voilà. Moi je m'occupe beaucoup de ma fille, j'la gère toute seule, le papa est
 102 pas trop présent, je gère ma mère, je vis chez elle, mais je vis avec ses problèmes... donc

103 voilà. Quand à un moment donné, on se regarde le nombril comme je dis, c'est rare quand
 104 même. Et c'est à ce moment-là qu'on dit « Ah mince, faut peut-être... un peu s'occuper de
 105 moi » Mais voilà, c'est pas tout le temps. »

106 « C'est pas toujours simple. Pas toujours simple... On a vu d'un côté, y a les motivations, et
 107 par rapport aux contraintes que vous avez pu ressentir à la mise en œuvre de perte de
 108 poids... Qu'est ce qui a pu bloquer... ? »

109 « Le fait que ce soit à chaque fois trop draconien quoi. On essaie de... de trop passer du tout
 110 au tout quoi. Moi au début de le sleeve... du programme de la sleeve, on m'a dit que j'étais
 111 macrophage. En fait je mange de trop en quantité. Et ça réduire...alors que moi j'ai un métier
 112 où la plupart des filles deviennent... fortes, parce qu'on nous oblige à manger... déjà jamais à
 113 la même heure. C'est entre 10h30 et 2h30 Ça peut être voilà... en ayant commencé par
 114 exemple à 8h, on peut très bien nous envoyer manger à 10h30. Et... il faut qu'on mange vite
 115 parce que quand on nous envoie manger, il s'peut qu'on nous rappelle dans notre pause
 116 repas pour nous dire « le patient là est prêt, il va falloir aller le chercher, ben tu finis vite fait
 117 puis t'y vas » Donc en fait, on a pris l'habitude de trop vite manger et de faire comme nos
 118 voitures on fait le plein pour que y ait du carburant et qu'ça fonctionne toute la journée et
 119 on fait pareil avec notre corps. On le remplit de carburant pour tenir, donc on mange peut-
 120 être un peu trop et trop vite. Et ça, j'ai pris une habitude, ça fait 17 ans que j'fais le métier là
 121 et je mange trop vite et trop... de peur de pas tenir la journée quoi. »

122 « Et... Justement, il y a eu plusieurs tentatives... Quelle a été votre vécu lors de ces tentatives
 123 de perte de poids ? Comment... Comment ça s'est passé globalement à chaque fois, c'était
 124 quoi votre ressenti quand vous essayiez de perdre du poids ? »

125 « Ben quand ça fonctionnait et assez rapidement, ben on se sent bien. C'est euph.. On est
 126 euphorique et on commence à s'aimer un petit peu mais... mais ça dure pas. Ça dure pas
 127 parce qu'après on s'voit regrossir quoi. Y a comme un... un moment de latence qu'on... entre
 128 l'euphorie, le moment d'euphorie et le moment où on reprend, j'sais pas c'qui s'passe, c'est
 129 un trou noir (*sourire*). C'est l'activité qui reprend et j'vous dis, on se regarde plus, on regarde
 130 les autres, on fait... et du coup, on a perdu le fil, de nous-même et puis hop, ça nous
 131 échappe. »

132 « D'accord. Si on refait un point sur tous les moyens, un petit peu, que vous avez essayé si
 133 vous arrivez à vous souvenir. Y avait... Y avait quoi alors ? Vous avez parlé de beaucoup de
 134 choses... »

135 « Oui... Alors je sais qu'à l'époque y avait les sachet prot... les sachets hyperprotéinés qui
 136 étaient sortis euh... en boissons. Et y avait aussi un suivi avec une diététicienne ou un
 137 médecin et y avait pas tout le monde qui pouvait prescrire ces... ces sachets là. Ça avait très
 138 bien fonctionné...

139 « Oui. Vous avez fait ça combien de temps ? »

140 « Ah... euh... je sais plus... 1 an facile »

141 « Oui et vous dites, ça a très bien fonctionné »

142 « Ah oui j'ai, j'ai perdu euh... 25 kilos. Donc là voilà, une période d'euphorie, j'étais très bien
143 et puis, ben le moment où j'ai arrêté et qu'il fallait espacer. Il fallait espacer et après se
144 sevrer des sachets pour... euh réincorporer une alimentation normale. C'était graduel mais...
145 après on est livré à nous-même. On nous lâche un petit peu aussi au niveau des
146 consultations. Ça s'espace aussi. Et après on est complètement livré à nous-même. Après on
147 voit aussi le prix de la con... y a le prix aussi du suivi qui rentre en ligne de compte, parce
148 qu'à la longue, quand on additionne et qu'on arrive au bout on dit « whaouh... On va peut-
149 être un peu ralentir au niveau du porte-monnaie aussi » et voilà, on se sent fort, on s'dit
150 « bon, on va continuer tout seul, on est capable » et puis, et puis... y a quelque chose qui se
151 passe. Voilà, encore une fois dans la longueur, on n'y arrive pas. »

152 « Oui. Y avait eu quoi d'autre alors ? »

153 « Euhh... On a essayé tous les... tous les... la soupe aux choux, ça on tient pas longtemps euh
154 les pots de bébé. »

155 « Les pots de bébé. Alors les pots de bébé, c'est intéressant ça »

156 « C'est la quantité, la quantité de... nourriture mais on tient pas quoi. Y a un moment donné
157 on fond au niveau du muscle... »

158 « La quantité oui, c'était... c'était la quantité très limitée quoi »

159 « Voilà, c'est ça et... Mais bon on tient pas très longtemps non plus. 1 semaine, 10 jours,
160 mais après on est affamé quoi, on se rue sur la nourriture. C'est... Donc voilà, là on voit vite
161 l'échec. Et puis j'ai fait régime Dukan, ça a aussi très bien marché. Alors ça j'ai fait pendant...
162 1 an et demi. Alors pareil 30 kilos, très bien, super et puis un moment donné ben pareil, on
163 réincorpore... on lâche un petit peu puis... et puis ça revient. »

164 « Il y a eu autre chose encore ? »

165 « Ah je sais plus. Euh... Ben euh comment ça s'app... Natur House. C'était en ville, y a encore
166 la boutique. Alors c'est une diététicienne diplômée d'état qui nous suit. On la voit au début
167 toutes les semaines. Elle nous pèse, elle nous dit le pourcentage de graisses. Elle a une
168 balance spéciale et le pourcentage de muscle et tout. Et... un moment donné ben on a fait ça
169 aussi... 1 an et demi, 2 ans j'ai tenu, le porte-monnaie aussi hein... C'était leurs produits à eux
170 et puis un moment donné, elle m'a dit que on s'attaquait aux kilos qui étaient ancrés depuis
171 de nombreuses années. Et là, elle m'a dit qu'elle pouvait plus trop rien pour moi. Ça a
172 été...(sourire) J'ai encore la phrase. Donc on a espacé et puis à un moment donné ben si ils
173 peuvent plus rien pour moi, je lâche quoi. Et c'est revenu. Plus vite que ce n'est parti. »

- 174 « Vous dites à chaque fois c'est revenu. C'est revenu au niveau que c'était avant... le poids
175 ? »
- 176 « Sinon plus »
- 177 « Sinon plus, oui. »
- 178 « Mais quand on se voit. Quand on se voit. Non, on se voit pas regrossir. À un moment
179 donné, on refait le point et on voit qu'on a repris et là j'veux dire on est... résigné. Y a
180 beaucoup de moments de résignation. Parce que... on s'dit « Tout cet effort fourni pour
181 finalement en arriver quand même là ». C'est reculer pour mieux sauter quoi. A chaque fois,
182 c'est...(souffle) C'est éprouvant pour le moral, c'est éprouvant pour le corps. Voilà quoi je
183 pense qu'on est difficile à vivre aussi pendant ces moments-là...
- 184 *(se retourne vers sa fille présente)*
- 185 « Oui *(rires)* . Et... Vous qui avez donc connu pas mal de situations... Pour en revenir à la prise
186 en charge chez le médecin généraliste, parce que c'est ça qui m'intéresse aussi. Qu'est-ce
187 que vous pourriez attendre vous, qu'est-ce que vous attendez de votre médecin
188 généraliste ? par rapport au suivi du poids ? »
- 189 « Alors je pense que j'ai fait appel à des gens extérieurs parce que j'avais pas trop d'écoute
190 de mon médecin généraliste. Je pense voilà. C'est pas très... *(sourire)* Il m'a proposé j'vous
191 dis de me voir au début toutes les semaines et tout mais je l'sens pas à l'écoute. Il est pas à
192 100%... dans les problèmes de poids. Et je pense que c'est pas quelque chose qui doit...
193 foncièrement l'intéresser. J'parle pour le mien. *(sourire)* Après voilà, j'en connais pas trop
194 d'autres, mais je... je trouve que... C'est comme s... Je suppose que si on avait un problème
195 de dépression, ce serait la même chose, il me proposerait aussi mais je pense qu'il serait
196 pas... C'est pas... C'est pas sa branche... Et il nous le fait bien sentir je trouve. En fait, c'est
197 « prends toi en charge, fais des efforts ». Il a pas compris que sur la longueur, on n'y arrive
198 pas quoi. On a besoin... d'une aide psychologique ou je sais pas. »
- 199 « D'accord, aide psychologique et y a autre chose qui, qui pourrait être fait en plus du coup
200 de ce point de vue là ? »
- 201 « Je sais pas, j'ai pas la solution. »
- 202 « Mais en général... Voilà, vous me dites, vous me parlez de votre médecin généraliste. Mais
203 en général ouais les médecins généralistes, qu'est-ce qui, à votre avis... »
- 204 « Ben déjà qu'ils considèrent ça comme une maladie et pas de nous faire... nous faire
205 culpabiliser et nous faire dire que c'est de notre faute si on est dans l'état là quoi.
206 Déjà. Parce que nous ça nous rebute hein j'veux dire, ça prouve bien que... il comprend pas
207 le problème. »

208 « Et pour vous aider à perdre du poids ou vous motiver à perdre du poids ? »

209 « J'sais pas c'qu'il faudrait faire. Que pendant plusieurs années on m'enferme dans une
 210 prison, j'sais pas. (*en riant*) Moi j'trouvais que la sleeve c'était bien parce qu'il y avait...
 211 quelque part c'était le coup de pouce sur la longueur qui fait que... J'veux dire le fait de pas
 212 tenir sur la longueur, ben ma fois, y a, y a un frein qu'il nous ont fabriqué qui fait que non
 213 ben c'est pas possible, à un moment donné on va sentir que ça passera plus et on prendra
 214 vraiment l'habitude de moins manger, parce qu'on voudra plus avoir ce... j'veux dire la
 215 dernière cuillère qui nous remonte et puis voilà. Alors que là, on a beau être pas bien quand
 216 on est plein, parce qu'on se remplit, hein j'veux dire... que c'est un mal qu'on arrive à
 217 supporter. J'pense que la sleeve, le fait de – j'reparle toujours que d'ça, j'suis obnubilé
 218 (*rires*)- mais j'veux dire ils nous ont fabriqué quelque chose qui fera que on arrivera pas à
 219 supporter... je suppose. J'suis pas passé par là mais... »

220 « Oui, c'est pas évident, c'est vrai de se dire... Mais bon... bien. Et bien ma foi, on a, on a fait
 221 un peu près le tour de la question. Est-ce que vous voyez du coup maintenant, maintenant -
 222 on en a parlé y a pas très longtemps au final- est-ce que vous voyez maintenant d'autres
 223 raisons pour lesquelles il vous semble difficile de consulter votre médecin généraliste pour le
 224 sujet du poids ? en admettant du coup que y ait cette possibilité de... d'améliorer c'qui ne va
 225 pas peut-être. Qu'est-ce qui vous, de votre côté vous freinerez quand même à aller voir
 226 votre médecin ? »

227 « J'sais pas trop... »

228 « Y a d'autres choses ? »

229 « Non j'vous dis c'est au niveau plus de l'écoute et puis je sais pas c'qui pourrait me donner...
 230 J'essaie de me mettre à sa place aussi. J'veux dire, il a un temps bien réduit (*sourire*) pour la
 231 consultation après il pourrait... Je sais pas ce qu'il peut nous donner comme... solutions,
 232 comme.... »

233 « plus de temps alors ? »

234 « Peut-être mais... Moi il m'a fait noter un moment donné dans un cahier... Tous, tous ce que
 235 j'ai consulté... Le fait de noter, c'est vrai que... on fait un peu plus attention mais... pareil ça
 236 dure pas. Puis il le lit pas vraiment quand on lui montre. Il feuillette. Il fait mine de mais il le
 237 fait pas. (*sourire*) On s'demande pourquoi on l'a fait. Vous voyez c'est l'écoute... après oui du
 238 temps, un peu plus de temps mais même je sais pas quelle solution il pourrait me donner.
 239 Moi j'suis dans une impasse là au niveau de mon poids. Moi j'suis... En c'moment, moi j'suis
 240 résigné là, puis j'ai eu une claque hein quand on m'a dit que la sleeve, c'était pas pour moi.
 241 Moi c'était ma dernière solution. »

242 « Ça date de quand ça qu'on vous a... »

243 « la sleeve ? »

244 « Oui »

245 « Alors j'ai commencé le protocole en 2015, on m'a dit ça en 2016, fin 2016. Après on a
246 presque envie de rentrer dans les cases. (sourire) Non, mais, c'est vrai hein. Mais bon, je
247 regrossis pas. J'ai repris mon poids que j'avais maigri... J'avais 108 au début du protocole. J'ai
248 réussi à atteindre les 102 difficilement mais... j'voulais passer la barre des 100 pour
249 retourner à 2 chiffres. J'arrivais pas quoi. Et... le coup de massue, ben tout doucement voilà,
250 ça m'a fait remonter, remonter. J'me dis plus personne à l'écoute... encore une fois (sourire).
251 J'suis toute seule. »

252 « Au moment où vous avez l'impression de toucher un peu le but hein... par rapport au poids
253 là on parlait des 2 chiffres. Vous me dites passer en dessous des 100, là y a eu un blocage
254 alors ? »

255 « Ben oui »

256 « Et c'est... il vient d'où ? A part le manque de suivi alors ? »

257 « Ben il vient du fait qu'on m'ait dit non. »

258 « Oui aussi. »

259 « Voilà oui. J'me dis c'est reculer pour mieux sauter. J'veux dire par tous les régimes par
260 lesquels je suis passée, je sais qu'à chaque fois je reprends. Donc je sais que je maigrissais...
261 Bon tout c'qu'on maigrit avant la sleeve, c'est c'qu'on a pas à maigrir après. Bon d'accord.
262 Donc j'avais bien compris, donc j'ai bien maigri avant sauf que j'ai pas la sleeve donc à quoi
263 ça rime je sais que de toute façon que j'vais les reprendre ces kilos. Voilà, ils sont de
264 nouveau là. Y a plus de périodes chez un obèse... Y a plus de périodes de résignation que de
265 période... La période de résignation est beaucoup plus longue que la période de... «j'suis
266 forte j'vais y aller, j'suis motivée quoi » Voilà. Je pourrais pas vous dire en pourcentage,
267 mais... »

268 « Mais dans le cas d'avant là, oui le cas précis, bon on vous a dit que c'était pas éligible. Mais
269 dans les autres situations au final parce que vous en avez connu beaucoup ? »

270 « Parce que j'ai maigri vite... »

271 « Dans les autres situations »

272 « Tout ce qui était diète protéinée, Dukan, avec la diététicienne aussi, c'était rapide. On
273 voyait une perte de poids au début et ça, c'est motivant. C'est sûr, quand on s'voit maigrir, là
274 on lâche pas le morceau. On tient pendant 1 an, 1 an et demi, 2 ans et puis après... »

275 « A la fin, qu'est ce qui coince ? »

276 « Qu'est-ce qui fait, ben, la diététicienne qui vous dit « on s'attaque au poids qui est
277 vraiment ancré, je peux plus rien faire pour vous » ben c'est un coup dans la tronche. Après
278 ben l'autre c'est le porte-monnaie, on dit « whaou.. bon... on va s'arrêter là » et puis à 1
279 sachet par semaine c'est bon je peux gérer toute seule. Euh... puis voilà c'est à chaque fois
280 les sous, les sous ou le fait de me dire « ben on peut plus rien pour vous » « ben non on
281 vous opère pas » C'est des claques ça. Parce qu'on demande de l'aide. C'est un appel au
282 secours quand on va voir quelqu'un pour le poids. Il est pas entendu comme ça par la
283 personne en face. Nous on est des gens, il faut qu'on remplisse des cases. C'est ça. Ah non
284 mais moi, là en ce moment je suis (*montre son doigt qui descend*) bientôt au fond. Mais
285 comme je dis on peut que rebondir. J'suis quelqu'un d'optimiste quand même, malgré tout
286 (*sourire*) »

PATIENT 2

1 « Alors si vous voulez bien on va d'abord commencer juste par quelques petites questions
2 pour vous caractériser. »

3 ...

4 « On se rencontre aujourd'hui comme convenu pour le vécu du suivi du poids chez le
5 médecin généraliste. Donc voilà le but pour moi c'est d'argumenter ma thèse de docteur en
6 médecine. On est enregistré mais on reste de manière anonyme.

7 Alors moi je voulais voir pour commencer, pour introduire un peu les choses : Quelle est
8 votre histoire personnelle concernant l'évolution de votre poids ? »

9 « Donc j'étais... comment dire... toujours en surcharge pondérale... Enfin pas toujours ... On
10 va dire à partir de 5/6 ans peut-être, ça a commencé...euh... parce que j'mangeais...euh et
11 que quoi, quoi dire. En fait j'mangeais 2 fois. J'mangeais à midi chez mes parents et à 13h
12 chez ma grand-mère qui habitait à côté. Après les connexions se sont pas faites, ma grand-
13 mère a pas demandé pourquoi moi j'mangeais pas chez mes parents enfin, vous voyez c'que
14 j'veux dire hein... Donc voilà... Et puis après voilà et j'ai toujours été grande. Ça c'est
15 important aussi, parce que vous pouvez être rond quand on est petit, et tout-à-coup grandir
16 quand on est ado. Moi j'ai toujours été grande, toujours une tête de plus que les filles quand
17 j'étais à l'école primaire parce que c'était pas encore mixte, à l'époque (*rires*), une tête de
18 plus que les gens de ma classe. Voilà. Alors après, est-ce que, après les choses, je sais pas
19 quoi dire... euh... et à... une vingtaine d'années, j'ai...fin... j'ai suivi un régime, enfin mon
20 régime à moi avec une activité sportive et donc j'ai perdu 40 kilos. Je suis passé de ce poids
21 là -j'devais peut-être pareille à cet âge là- à un poids de... j'pesais 76 kilos. Ça a duré quand
22 même quelques années. Et après là, depuis on va dire 10 ans, tout a de nouveau dérivé.
23 J'suis partie vraiment dans tous les sens parce que j'avais vraiment pas repris le poids que
24 j'avais perdu quoi. Mais là oui, bien sûr. Alors plusieurs f... pourquoi ? C'est ça aussi la
25 question ou pas ? On peut le dire ? »

26 « Oui bien sûr »

27 « J'sais pas en fait. En fait, je sais pas trop. Y a sûr une histoire de ménopause, sûr aussi une
28 histoire moi de protection physique, quand j'me sens protégée. Donc quand j'me sens peut-
29 être plus en danger. C'était le cas au niveau du travail, enfin les choses se sont un peu
30 dégradées. Y avait de ça puis après aussi un truc qui s'fait pas dans la tête quoi hein.
31 Quelque chose qui dit, qui me dit pas d'arrêter. J'ai aucune limite. Si j'veux, j'ai pas de limite.
32 C'est-à-dire Obélix quoi, qui mange un sanglier. (*rires*) Voilà que ce soit ça ou ça... C'est
33 aucune limite. Donc mon souci par rapport au régime, c'est « oui, on peut manger un
34 carré de chocolat noir ou 2 » mais pour moi c'est juste pas possible voilà. Une tablette
35 entamée, obligatoirement, quel que soit son poids, obligatoirement, doit être terminée,
36 c'est pas possible. Donc c'est un vrai... C'est pas possible de dire « mais oui... on peut tout
37 manger, on peut se faire plaisir » Non (*rires*) En réalité, non, j'ai vraiment pas de fin. Après,

38 quoi dire d'autre, donc de toute façon j'ai... je pense... un terrain favorable à l'obésité quoi.
39 Puisque petite d'entrée, j'avais... »

40 « Tout de suite »

41 « Ouais. Alors en plus...là je sais pas quoi dire non plus c'est très rigolo, c'est... euh... Moi-
42 même, je pesais... à l'époque en plus c'était pas évident. En 59, je suis née donc . J'étais un
43 petit poids : 2kg4, un truc comme ça, voilà le résultat et j'ai une cousine qui elle pesait
44 presque 4 kilos qui est comme ça (*montre un doigt, rires*) C'est marrant quoi, c'est drôle.
45 C'est juste drôle donc c'est proportionnellement inversé après quoi . »

46 « D'accord. Alors on va en revenir du coup au vécu. Quel est votre vécu du suivi du poids
47 chez votre médecin généraliste ? Qu'est-ce que... Qu'est-ce que ça vous fait de... passer sur
48 la balance par exemple ? »

49 « Alors c'est pfff... Comment vous dire ? C'est pour ça que je ne fais pas WeightWatchers
50 parce que franchement à la fois payer et puis se faire huer par tout le monde, je m'en fiche
51 assez. Moi j'ai jamais eu ce genre de... de souci chez le médecin. Ça reste un professionnel.
52 Je sais que... j'veux dire ça a été très compliqué quand j'étais plus jeune... Enfin d'abord les
53 médecins s'en foutaient quand j'étais petite. C'était pas du tout la même chose quoi. Je crois
54 hein, enfin ils en ont jamais vraiment tenu compte, ils ont jamais dit à mes parents ceci, cela.
55 Et puis... aujourd'hui, pfff voilà j'ai 58 ans. C'est de voir moi le poids que ça m'ennuie plus
56 mais que le médecin me pèse... enfin c'est toujours un peu... chiant quoi. J'vois pas l'intérêt
57 presque. Puisqu'on voit bien que j'suis (*rires*). C'est visible quoi. A quoi ça sert de peser
58 quelqu'un... J'trouve qu'en fait quand même aujourd'hui les médecins sont plus bienveillants
59 malgré tout quoi. Ils sont pas en train de dire... d'une manière comme ça ronchonne « ouais
60 là quand même, vous pourriez faire un effort ». Enfin voilà quoi, ils sont pas dans ces trucs là.
61 Et ça c'est bien je trouve. Parce que de toute façon même s'il l'était, ça changerait rien pour
62 moi quoi. Du tout, du tout. Pfff... Voilà (*rires*) »

63 « Qu'est-ce que l'excès de poids représente pour vous ? »

64 « Ben pas une belle image hein franchement. D'abord 1 j'me reconnais pas moi dans le
65 miroir. J'me regarde pas et quand je vais en ville ou n'importe, quand je suis face à moi-
66 même, j'ai un choc au départ. J'me reconnais pas. Je ne me reconnais pas. Je ne... me vois
67 pas comme je suis. J'en suis sûr. J'ai toujours envie de demander à quelqu'un « Est-ce que je
68 ressemble plutôt à cette personne qu'à celle-là... physiquement » Non pour moi, c'est une
69 représentation vraiment négative et puis... dans la représentation on est hein là. Juste dans
70 la représentation d'accord ? »

71 « Ouais »

72 « Parce qu'après y a forcément un truc qui m'va pas quoi. J'me sens lourde, j'me sens pas
73 bien. Ça c'est autre chose, on est sur un deuxième registre. »

74 « Oui... Ça peut... Ça peut m'intéresser aussi (*rires*) »

75 « Oui, oui, tout à fait. Non mais c'est juste pour répondre dans un premier... Bien sûr que y
76 a...que y a après le deuxième truc mais pour dire... en tout cas dans la représentation... puis
77 moi je me culpabilise. C'qui sert à rien, parce que c'est pas pour autant que... « tu pourrais
78 faire un effort, tu pourrais quand même... » Et je n'y arrive pas donc si vous voulez pour le
79 coup, c'est quand même quelque chose dont on est responsable. Voilà. Et ça c'est embêtant.
80 (*rires*)Ca m'embête beaucoup si vous voulez, j'aurais préféré que ce soit... j'sais pas moi : des
81 hormones... ou la thyroïde mais alors pas du tout (*rires*) Du coup, ça me... je...je...Ouais, c'est
82 pas génial quoi. Dans la représentation, voilà. »

83 « D'accord. Selon vous, en quoi votre poids influence-t-il votre quotidien ? »

84 « Tout hein j'ai l'impression. Beaucoup de choses . Ben justement déjà... j'ai beaucoup moins
85 d'endurance... aujourd'hui je peux... aller nager. Alors donc quand je suis dans l'eau, je suis
86 comme un poisson dans l'eau, j'adore ça. J'y vais d'ailleurs. Et... marcher, c'est terrible pour
87 moi. Alors en plus, j'ai eu un souci. On m'a opéré d'une hanche, du coup j'ai une jambe plus
88 courte que l'autre. Et donc les médecins... pendant du coup - ça fait un peu près 10 ans un
89 peu moins – tous m'ont dit que c'était pas grave donc... Un ostéopathe m'a mesuré 3 cm en
90 moins. C'est quand même beaucoup. Oui, quand même. Pour vous dire que pour tous les
91 médecins, ouais c'était pas grave. En réalité, moi j'ai... Quand je suis sortie de l'hôpital, je
92 marchais, je boîtais comme ça. Forcément, j'ai une jambe plus courte, donc je boîtais. Mais
93 au fur et à mesure du temps, je ne boîtais plus, parce que j'avais compensé dans les hanches
94 mais du coup j'avais hyper mal au dos quoi. Au point de plus pouvoir monter les escaliers... 1
95 à 1 comme ça mais... voilà. Donc là, ça fait depuis le mois d'août que j'ai une semelle, parce
96 que enfin un médecin a trouvé que c'était vraiment pas normal. Et, du coup, je réapprends à
97 marcher et à plus avoir mal au dos, ce qui est pas encore tout à fait réglé. Il m'a dit qu'il
98 fallait bien encore au moins 1 année. Et j'me suis dit j'ai pensé effectivement que après mais
99 si un médecin, il faut vraiment que je réfléchisse quand un médecin dit que c'est pas grave.
100 Par exemple, j'aurais dû arriver avec une scie dans le bureau et scier 1cm et demi de la
101 chaise juste pour voir si le médecin reste (*rires*) tout le temps assis sur cette chaise bancale
102 ou le bureau, le pied du bureau juste pour voir quoi. (*rires*)Voilà.

103 « Maintenant, on va parler du fait de perdre du poids. Quels moyens avez-vous mis en
104 œuvre jusqu'à présent pour perdre du poids si y en a eu ? »

105 « Oui y en a eu hein... Olala... Quand ça a marché, d'abord je me suis toujours un petit peu...
106 j'ai organisé mes régimes moi-même en fonction de mes besoins et mes envies... Enfin
107 besoin, besoin... de goût quoi. Pour pas justement, éviter d'être trop privée. Je suis allée
108 aussi... il y a presque 10 ans aussi en cure... ouais... là ça pour le coup ça devait faire... en
109 2007 je pense... en cure à Scy-Chazelles. Voilà... ça a super bien fonctionné pendant la cure.
110 J'voulais aussi voir un psy pendant la cure pour lui demander... m'aider pourquoi pas à faire
111 un dé clic quoi là... avoir un dé clic... »

112 « C'était à l'ALUMNAT ? »

113 « C'est ça oui. Et puis parce que la première semaine et demie, j'me suis dit « est-ce que
114 j'vais réussir à continuer une fois sortie », j'étais pas sûre. Puis tout à coup au bout d'un
115 moment, j'étais sûre que j'allais pouvoir continuer et oui ça a marché. Voilà et puis...là...
116 alors je suis allé voir un médecin, un chirurgien qui pratique alors... ces mots que je sais plus
117 comment y s'appelle, enfin vous voyez un détournement de... de... »

118 « un by-pass ? »

119 « Oui, c'est ça. J crois que c'était ça ou l'autre, j'sais plus c'que c'était. Y a 2 sortes... »

120 « Les sleeve gastrectomies ? »

121 « Ouais... L'un ou l'autre. Je sais plus. Le médecin était tellement (*avec insistance*) mais
122 désagréable, tellement imbu de lui-même. J'étais moralement vraiment pas bien du tout
123 parce que j'avais vraiment des gros soucis de harcèlement moral au boulot avec un
124 président pervers narcissique qui était défendu par le maire... enfin bref etc... Et donc un
125 moment, je ne trouvais pas mes mots, donc je lui ai posé une question pas claire, elle était
126 pas claire la question, j'reconnais. Alors, il a dû la traduire, il a dit « faut savoir être claire
127 Madame » Vous voyez « genre », la réponse. J'ai dit « je saurai, la prochaine fois, je ferai
128 vraiment un effort j'vous promets » Puis j'suis pas allé le revoir quoi, puisqu'on a
129 absolument pas besoin de ce genre de personnage qui... là, alors là je l'ai vu 5 minutes hein.
130 Il m'a dit que ça se passait comme ça et puis basta... et puis c'est tout, et puis après vous
131 faites c'que vous voulez, vous allez voir tel machin, tel machin avant... Bref. Maintenant, je
132 réfléchis, il paraît qu'à Thionville, y a toute une équipe. J'réfléchis parc'que j'lis tellement de
133 choses sur les gens qui dépriment après... des interventions etc... »

134 « Vous étiez éligible à une intervention du coup ? »

135 « Ah oui, oui, oui, oui, oui. J'étais à 1m78, 125... »

136 « D'accord. Et... les moyens qui ont été proposés par votre médecin généraliste... pour... ? »

137 « Alors. Euh du coup mon souci c'est que j'ai quand même pas mal déménagé, donc j'ai pas
138 un généraliste... Vous voyez j'ai pas de généraliste de ma vie... Voilà (*rires*) C'est quand
139 même important, du coup je suis allé voir effectivement un autre généraliste qui, pour cette
140 démarche là, puisqu'elle est nutritionniste aussi... Et... du coup... Elle qui est pas favorable du
141 tout à cette démarche puisqu'elle propose elle un suivi etc... de... de... de régimes et tout et
142 au début j'étais très très motivée et puis après ma motivation s'est envolée quoi aussi. Et
143 l'intervention...et après un moment le généraliste peut pas aller au-delà quoi... Je lui ai dit
144 que - et elle le sait c'est vachement bien ça – je lui ai dit que un moment donc j'allais lâch...
145 donc vraiment lâché le régime petit à petit, je retournais voir le généraliste tous les 15 jours
146 pour discuter quand même. Et puis, et puis au bout d'un moment j'ai vu que ça servait à rien
147 quoi, que... »

- 148 « Vous pouvez m'en dire un peu plus ? Qu'est-ce que vous entendez par « régime » ? »
- 149 « Euh... Ouais. C'était... là pour le coup c'était un régime protéiné d'accord. Donc... ben
150 viande... je sais plus. Pas de sucre quoi. Voilà. Du tout, du tout. Et ça c'est compliqué
151 évidemment entre le pain, les pâtes, tout ça c'est... y'a du sucre maintenant on le sait...
152 Euh... donc plutôt ce genre d'aliments. Mais moi j'ai assez besoin que ce soit radical, moi j'ai
153 besoin de ça en réalité. Comme je vous disez, parce que si on me dit « ouais tu peux manger
154 3 pâtes » ça va pas m'aller du tout quoi, 3 pâtes. (*rires*) »
- 155 « D'accord »
- 156 « Vous voyez ? »
- 157 « Justement de manière générale. Donc y a ça comme contrainte, mais quelles sont les
158 autres contraintes que représente la perte de poids pour vous ? »
- 159 « La contrainte... ben c'est partout quoi, puisque... i...je peux a... j'ai envie de dire tout c'que
160 j'apprécie c'est impossible de manger... entre le fromage... tout. Enfin j'veux dire y a pas un
161 aliment que je... ben même les fruits quoi (*rires*) que j'pourrais manger en quantité... Là par
162 contre j'ai pensé à prendre, à aller chercher, j'ai pensé que le produit végétal c'est les algues,
163 parce que je suis un puit sans fond comme je vous disais. Et... je sais pas, je sais pas si je
164 déprime, j'en sais rien du tout. Je sais pas du tout si j... j'en sais rien (*rires*). Si j'm'en fous, je
165 sais pas où j'en suis là. Je sais pas qui pour... Je sais pas. »
- 166 « D'accord. A l'inverse, les sources de motivation à la perte de poids pour vous, c'est... ça
167 serait quoi ? »
- 168 « Mais bien sûr. C'est les 2 éléments. C'est d'être plus en forme. En fait la maladie c'est vrai
169 que ça... ça arrive en dernier... le cœur ou des choses comme ça j'y pense vraiment pas ou
170 les artères bouchées... je n'y pense absolument pas. Pour moi, c'est déjà avoir, de nouveau
171 pouvoir marcher, descendre bien les escaliers etc... Et... et puis ensuite l'aspect physique,
172 j'aime beaucoup m'habiller, j'aime beaucoup les... ah je dis « ça c'est vachement joli... »
173 Donc j'me mets ça dans la tête hein... Le médecin m'avait dit aussi « regardez une photo
174 quand vous étiez... quand vous étiez bien, quand vous vous plaisiez » Donc voilà, oui mais
175 bon, voilà. (*rires*) Ça ne sert à rien quand même hein. Ouais. »
- 176 « Vous trouvez que c'est pas suffisant comme... »
- 177 « Moi j'y arrive pas en tout cas. Pour moi hein, ça suffit pas. »
- 178 « D'accord. Quel a été votre ressenti alors lors de vos tentatives de pertes de poids ? »
- 179 « Au moment des tentatives, j'étais très très bien... de manger moins, de manger autrement,
180 de manger équilibré... ah, si j'étais vraiment bien, j'me sentais en forme... Et ça suffit pas
181 vous voyez. Tu retombes au bout de quinze jours, trois semaines et là ce qui ne m'arrivait

182 pas hein... parce que en fait j'étais toujours un peu en yoyo, c'est-à-dire quand j'étais bien
 183 j'avais toujours 2 ou 3 kilos où je reprenais 2 ou 3 kilos mais tout de suite, je m'attalais à un
 184 truc qui marchait enfin voilà quoi... J'pouvais faire une semaine de... un temps court de... de,
 185 de régime, enfin voilà, où je reperdais ces 3 kilos, c'était parfait. Et ce que je n'ai plus réussi à
 186 faire, j'ai perdu pied quoi, vraiment. Et donc... c'était quoi la question ? »

187 « c'était le ressenti pendant les tentatives de poids ? »

188 « Ah oui, pendant les tentatives de pertes de poids, très bien quoi, j'étais vraiment, vraiment
 189 bien. Avec des vêtements... bon j'mets toujours des vêtements très amples qui me laissent
 190 en plus vraiment toujours de la marge... et du coup, j'me sens pas serré dans mes
 191 vêtements, peut-être dans mes sous-vêtements oui, c'est peut-être un élément de mesure
 192 le sous-vêtement (*rires*) mais pas mes vêtements parce qu'ils sont... J'arrive encore à trouver
 193 des vêtements c'est c'que j'me dis (*rires*) Ah, j'arrive toujours à trouver encore plus grand. »

194 « Et à votre avis, quelles sont les causes qui font qu'à la fin, ça n'a pas marché quoi ? »

195 « Je ne sais pas. »

196 « Vous n'avez pas... »

197 « J'me suis aussi arrêté de fumer alors ça a sûrement... alors peut-être que ça a contribué à
 198 la prise de... bon maintenant, ça fait presque un an. Et non, si je savais, j'vous dis, si je le
 199 savais, peut-être que... que ça irait quoi. »

200 « D'accord. Qu'est-ce que vous attendez de votre médecin généraliste concernant le suivi du
 201 poids ? »

202 « Quand je suis... euh... qu'il réponde à mes demandes, mais j'veux dire, à un moment il peut
 203 rien faire si moi je suis plus... si moi je n'y arrive plus, si moi je l'fais pas, le médecin, il peut
 204 rien faire quoi, le médecin, le pauvre médecin peut pas (*rires*) Voilà. Mais... j'trouve que... en
 205 tout cas quand j'étais dans la période où j'ai perdu un peu, où j'ai suivi ce régime, c'était
 206 vraiment bien de pouvoir échanger avec le médecin... et donc en plus elle m'a... Voilà, elle
 207 m'a... Voilà elle dit « normalement, j'vous revois dans un mois, mais si vous, voilà, si vous
 208 voulez venir avant, bien sûr que c'est possible » Donc ça c'est vraiment bien aussi de
 209 pouvoir... que le médecin soit disponible quoi, si y a une inquiétude enfin ou... une
 210 interrogation ou... je sais pas. »

211 « D'accord. Et selon vous, comment il pourrait vous aider alors à perdre du poids ? »

212 « Si je savais... (*en soupirant*) Si je savais. Moi j'pensais vraiment avec ce médecin que c'était
 213 possible, j'y croyais puisque au départ j'y suis pas allée pour perdre du poids mais j'ai vu
 214 qu'elle était diététicienne. J'avais pas l'intention de faire une démarche chez une
 215 diététicienne du tout. Et du coup, j'me suis dit là j'y réfléchis « Il faut que j'me bouge. Vas-y
 216 quoi, fais... fais quelque chose » et tout enfin de ce point de vue là, enfin perdre du poids

217 et... Donc j'pensais avoir trouvé. J'me suis dit « Ça y est là, c'est bon. C'est bien parti. C'est
 218 un nouveau médecin qui est à l'écoute... et qui va pouvoir m'aider » mais voilà un moment
 219 quand ça a pas... je, je, je mets toujours un doigt sur la tête parce que j'ai l'impression que ça
 220 se passe là-haut quoi. C'est vraiment une histoire de cerveau, de motivation, de je sais pas
 221 quoi, c'est dans la tête pour moi. C'est obligatoirement moi qui, qui fais que. C'est pour ça
 222 que le médecin à un moment est limité quoi dans c'qui... dans comment il peut intervenir.
 223 Complètement. Pour moi. Hélas ! »

224 « Et enfin, est-ce que... est-ce que vous voyez des raisons pour lesquelles il vous semblerait
 225 difficile de consulter un médecin pour le suivi du poids ? Votre médecin du coup, de le
 226 consulter régulièrement pour le suivi du poids, qu'est-ce qui pourrait vous empêcher de le
 227 faire ? »

228 « Pour moi rien. Pour moi... Non parce que je, je, je l'ai fait, j'y allais régulièrement, j'étais
 229 très motivée pour y aller même en général, c'est vrai que chez le médecin c'est voilà, t'es
 230 dans la salle d'attente... alors que là c'était pas le cas. Ça, ça pourrait être. Alors ça ouais. Je
 231 choisis toujours un médecin qui a une secrétaire médicale, qui ne répond pas pendant que je
 232 suis moi en train de m'entretenir avec lui. Ça, c'est super important, parce que je choisis
 233 vraiment un médecin en fonction de ça. C'est clair. Et donc, y a le temps avec son patient.
 234 Ça, c'est vraiment important. Je... Je... Alors, c'est bien d'être dans une salle d'attente où y a
 235 pas de monde quoi qui attend ce même médecin. Parce que moi alors en plus moi je suis
 236 une vraie éponge dans tous les sens du terme, donc ça se voit aussi (*rires*). Mais si je sais
 237 qu'y a du monde derrière, je ne suis pas à l'aise, du tout. Mais ça, c'est moi, moi toute seule,
 238 personne m'a... Le médecin ne montre aucun signe d'impatience. Personne n'y est pour rien,
 239 mais moi ça, ça m'insupporte quoi. (*rires*)

240 « D'accord. Bien. J'vais juste revenir là... avant qu'on finisse... Au niveau des antécédents
 241 personnels, y avait donc, y a eu une chirurgie au niveau de la hanche alors, du coup... C'était
 242 quoi comme opération ? »

243 « Euh une... un remplacement, enfin comment ça s'appelle... une prothèse »

244 « une prothèse ? »

245 « oui. Donc là aussi d'ailleurs la prothèse, l'intervention m'a fait du bien, enfin, m'a aidée.
 246 C'était une anesthésie locale. Et... du coup... comme j'avais pas trop faim après, j'ai surfé là-
 247 dessus aussi pour me remettre au régime. C'était sur une phase montante et du coup, j'ai
 248 nouveau perdu du poids suite à l'intervention aussi. Voilà... Et... »

249 « Et à la fin, au bout, c'est quoi qui pose problème, c'est... les contraintes ? c'est... ? »

250 « Comment ? »

251 « Vous dites, vous surfez sur la vague pour en profiter pour perdre un peu de poids et après,
 252 qu'est-ce qui coince à la fin ? »

- 253 « Ben en fait, je crois... que ... du coup j'en ai vraiment perdu et je suis restée stable et après
 254 il suffit pour moi de remanger... ben plus quoi. Et puis je reprends bien sûr aussitôt quoi... En
 255 réalité le frein il est pas... c'est de toute façon être tout le temps attentive, ça je l'ai fait. »
- 256 « Et plus par rapport à l'alimentation alors. »
- 257 « Oui. Oui, oui, tout à fait. Tout le temps, tout le temps, tout le temps, tout le temps. On fait
 258 un excès. Le lendemain, il faut vraiment tout de suite rétablir le truc quoi. C'est ça le... ouais.
 259 Vous vous avez vu des gens qui ont maigri et qui sont... qui sont restés minces dans votre
 260 enquête ? »
- 261 « Pas nécess... Enfin. C'est pas vraiment le sujet, c'est pas pour mon enquête. Après, c'est
 262 arrivé oui mais sans parler de mon enquête (*rires*) Sans parler de mon enquête... Je reviens, y
 263 a d'autres antécédents ? de soucis de santé ? »
- 264 « J'crois pas non (*rires*) »
- 265 « Pas d'hypertension, de diabète, de choses comme ça ? »
- 266 « Non »
- 267 « de cholestérol ? »
- 268 « Cholestérol oui, mais ça aussi c'est... »
- 269 « qui est traité ? »
- 270 « Alors j'ai arrêté mais c'est une hérédité familiale parce que même en période de régimes,
 271 je n'arrivais pas à baisser le cholestérol. »
- 272 « D'accord. »
- 273 « C'est grand père et père »
- 274 « Donc des traitements à prendre au quotidien ? »
- 275 « Je prends un antidépresseur : fluoxétine et ah si j'ai un truc aussi. J'ai les jambes sans
 276 repos. J'ai les symptômes des jambes sans repos. Donc ça ça m'a mis aussi dans un état
 277 puisque on savait pas c'que c'était, que le médecin pensait que je faisais des apnées du
 278 sommeil... vu tout... alors je fumais... , obèse, donc j'ai été appareillé. Donc ça a pas du tout
 279 marché puisque j'enlevais mon appareil. Et donc je suis allé moi-même en hôpital
 280 psychiatrique, enfin donc dans une unité de sommeil en Alsace. Et donc là ils ont plutôt
 281 décelé les jambes sans repos. Du coup je prends du Requip. Voilà, c'est pour les
 282 médicaments. »

- 283 « Très bien. Bon. Après sinon au niveau du comportement alimentaire, y a pas eu de... Enfin,
284 vous dites que vous avez eu besoin de manger beaucoup, y a pas des comportements où y a
285 besoin de manger au point de se faire vomir après pour pouvoir continuer à manger ? »
- 286 « Non, non. Non. Et puis la nuit non plus j'ai pas de fringale... comme ça du tout hein. »
- 287 « Donc on a dit qu'il y avait déjà des soucis de poids assez tôt hein dans l'enfance. Dans la
288 famille, y a eu des soucis de poids ? »
- 289 « Mon père oui. »
- 290 « Oui, d'accord. Et... après les régimes on en a un peu parlé. Y a eu des régimes protéinés...
291 après les suivis avec nutritionniste, vous avez été voir un chirurgien. Y avait d'autres
292 choses ? »
- 293 « Donc chirurgien et Alumnat ou j'sais pas quoi. »
- 294 « L'alumnat aussi. »
- 295 « Ouais, ouais. L'alumnat voilà. Donc voilà oui. Y a eu ça et donc dans... le tout premier que
296 j'ai fait c'était mon régime quoi... à moi. C'était ma... »
- 297 « Qu'est-ce que vous appelez votre régime ? »
- 298 « C'que moi j'me suis... comment dire le midi j'mangeais un peu, un peu de tout. J'y arrivais.
299 Et le soir, pas grand-chose, très peu, donc quelque chose que moi j'me suis... que moi j'me
300 suis mis en place si vous voulez. Et ça c'était le premier qui avait très très bien fonctionné et
301 que je... j'veux dire là maintenant, c'est un truc impossible. Je... voilà alors l'âge hein. Y a des
302 choses qui se passent avec l'âge hein c'est sûr. A tous les niveaux, c'est important je pense.
303 Plus du tout dans la même... On est plus dans la même démarche quoi. »
- 304 « Est-ce que, au terme de notre entretien là, vous voyez du coup d'autres... d'autres choses,
305 d'autres raisons qui... qui peuvent faire que il est compliqué de consulter son médecin pour
306 le suivi du poids... Y a d'autres choses qui vous reviennent du coup ? »
- 307 « Je réfléchis... J'trouve qu'aujourd'hui non. C'est vrai qu'y a, y a 20 ans ouais sûrement.
308 Parce que les médecins étaient plutôt dans la désapprobation, la... un peu la... un peu de
309 mépris. Je sentais ça moi. Peut-être que j'me trompe hein. Alors que là j'trouve que y a
310 vraiment beaucoup... C'est important la bienveillance, la non culpabilité après y a des gens
311 qui... c'est vraiment variable aussi j'pense vraiment les caractères. »
- 312 « Et pour... et de votre côté, y a des choses qui vous empêchent de maintenir un suivi ? »
- 313 « Ben, en dehors du, du... de l'arrêt du régime. Voilà, c'est dès qu'y a l'arrêt du régime...
314 j'vois pas l'intérêt de continuer. Le médecin, là, à ce moment-là, je pense, ne peut rien faire.
315 Je sais pas c'qui peut faire. Ou alors il faut s'entourer peut-être de... d'une équipe de psy... je

316 sais pas, de connaître des psychiatres qui, je sais pas... ou des psychologues qui sont un peu
317 spécialisés là-dedans. J'en sais rien. J'm'étais dit ça aussi, j'me suis dit peut-être que ce serait
318 bien que les médecins puissent ensuite, quand ils voient eux les généralistes que c'est plus
319 possible vers où ils peuvent - sans aller vers l'opération forcément - se retourner vers
320 quelqu'un, envoyer le patient vers quelqu'un peut-être. »

321 « D'accord. »

322 « Pourquoi pas. »

323 « Bien. »

324 « J'irais moi si c'était le cas. »

325 *FIN... discussion au-delà des questions du guide*

326 « Alors on a parlé d'addictions aussi, y a un addictologue en fait qui est là. Je pense à ça
327 parce que le médecin avec qui on en a parlé – j'y suis pas allé hein – parce que y a peut-être
328 aussi une petite addictologie à l'alimentation, j'en sais rien. »

329 « Vous pensez ? »

330 « J'ai envie de dire que le chocolat oui, y a une addiction obligatoirement. Tous les gens qui
331 mangent du chocolat vous diront qu'ils sont addicts à ça quoi. Pourquoi pas addict à...
332 quelque chose quoi j'en sais rien. Je suis pas allé le voir. »

PATIENT 3

1 « Donc Voilà, aujourd'hui, on se rencontre comme prévu, comme convenu donc, pour que je
2 vous interroge sur le suivi... du poids chez le médecin généraliste, à savoir votre vécu. Le but
3 pour moi c'est d'argumenter ma thèse en médecine... Voilà. Donc pour introduire un petit
4 peu les choses, je voulais savoir quelle est votre histoire personnelle concernant l'évolution
5 de votre poids ? »

6 « Alors l'évolution de mon poids. Bon alors quand j'étais... déjà enfant j'étais déjà, j'avais
7 déjà du poids parce que j'avais été traité... pour une tuberculose. En fait, j'avais eu une
8 primo-infection qui avait été soignée et... lors des premiers « camions-radios » - ça venait de
9 sortir – scolaires donc on me passe une radio des poumons et je... on m'trouve avec une
10 tâche. Et on croyait que c'était une t... une récurrence de la tuberculose donc on m'a mis treize
11 mois en préventorium avec... des médicaments, je pense que ça doit être de la cortisone des
12 choses comme ça qui m'ont fait, fait gonfler. Et... en fait c'était pas une tuberculose, c'était
13 un kyste bronchogénique sur la crosse aortique. (*sourire*) Donc j'ai été opéré après et donc
14 pendant treize mois j'ai suivi ce traitement là qui m'a fait gonfler puis depuis j'ai jamais pu
15 perdre ce poids. Bon y a aussi des, j'pense des... une histoire génétique je pense parce que
16 bon c'est vrai que dans la famille on est sujet à prendre du poids. En plus... donc après bon
17 quand j'étais jeune, l'armée tout ça, je faisais le poids idéal - entre parenthèses - et après j'ai
18 eu une reprise de poids ben après m'être marié surtout, après le boulot. Avec le problème
19 du conducteur, c'est que le conducteur, ben on n'a pas d'heure, on n'a pas de... jour, on n'a
20 pas de fêtes. C'est un peu tout et n'importe comment, ce qui fait que déjà le manque de
21 sommeil, et des micro-régimes par le boulot. C'est ce que le docteur de la SNCF m'avait dit,
22 une dame qui m'avait dit justement sur les problèmes de poids... C'est-à-dire que ben on
23 mange pas pendant 48 heures pour ainsi dire parce qu'on peut pas, on n'a pas ni la
24 possibilité matérielle de le faire sur la machine, et dans les foyers, c'est... c'est une
25 catastrophe. Vous arrivez, vous êtes fatiguez, vous dormez, vous repartez quoi. Et donc c'qui
26 fait que le peu qu'on mange à la maison, ben pouf ! Ça fait un peu des régimes « yoyo »
27 Donc... j'ai pris un peu près 10 kilos par tranche, tous les 10 ans. Hein, prenez 1 kilo par an à
28 chaque fois et puis... et puis voilà quoi. Et puis on en arrive là. Alors depuis que je suis à la
29 retraite, j'ai perdu du poids, parce que forcément je remange plus régulièrement. Bon le
30 sommeil, le sommeil non parce que j'fais des apnées du sommeil, aussi, parce que ça aussi...
31 corrélation. Et... c'qui fait que je dors pas plus, parce que j'en ai pas, pas le besoin ou
32 l'habitude je ne sais pas. Je m'endors facilement. C'est pas une histoire de... d'insomnie ou
33 de chose comme ça mais je fais 6 heures de sommeil par nuit quoi. Et donc ben voilà, c'qui
34 fait que le... le... le poids, j'essaie de le combattre en mangeant différemment avec les...
35 c'que les différentes personnes m'ont dit voilà. Mais bon, ben c'est difficile quoi. J'peux
36 perdre 10 kilos facilement. Et... le problème après, c'est... c'est le maintien donc, c'est
37 toujours le même problème ce foutu... ce foutu maintien et c'qui fait que... c'qui fait que je
38 fais du yoyo quoi sans arrêt. Bon là, j'ai réussi à peu près à... à naviguer entre 103 là, là j'suis
39 en bas là ! (*rires*) 103 et ça peut... j'ai fait jusqu'à 115 quoi donc à chaque fois maintenant

40 j'arrive à réguler entre 103 et 106 un peu près. Ça s'est stabilisé entre les 2 donc... si j'fais
 41 pas attention ben j'vais avoir 106 kilos, si j'fais attention j'ai 103 quoi. Voilà en gros mon,
 42 mon vécu quoi.

43 Bon alors chez les, chez les docteurs... c'est vrai que la pesée, c'est toujours, on prend ça un
 44 petit peu comme une punition quoi. *(rires)* Ça, c'est important aussi. C'est-à-dire que bon
 45 ben c'est difficile de s... on se sent un peu coupable alors que en fait on ne l'est pas. Alors ça
 46 peut être mal pris c'est vrai... suivant la réaction du docteur. On sait très bien qu'il faut
 47 maigrir. Malheureusement, c'est pas toujours facile, loin de là. C'est-à-dire qu'on réussit
 48 mais bon c'est toujours un combat de tous les jours. Et... et donc voilà. Donc ça peut être
 49 aussi, c'est bien un médecin qui est un peu discret. Avec la remarque toujours « ben vous
 50 avez... il faudra encore maigrir » c'est vrai que c'est un peu blessant quoi. Autrement bon
 51 ben, ça dépend aussi avec la relation avec le médecin hein. C'est sûr que... Bon quand on a
 52 un médecin qui a un peu d'embonpoint, ça rassure. *(rires)* On le prend mieux quoi.

53 Maintenant... bon j'ai d'jà eu des... des médecins ou des... comment on appelle ça, des gens
 54 qui gèrent le... Ah, j'ai plus le nom... diététicien, voilà, des diététiciens qui... sont partis dans
 55 leur... enfin à mon avis sont partis dans leur truc et ils oublient un peu le... la souffrance du
 56 patient qui est à côté. Parce que c'est quand même une souffrance d'avoir du poids, c'est
 57 sûr. C'est... La vie de tous les jours est quand même... Le fait d'être essoufflé, de pas pouvoir
 58 trop se pencher, se faire ses lacets, des choses comme ça quoi, c'est, c'est quand même
 59 une... ça peut quand même être une souffrance, malgré que j'suis pas encore à un point à
 60 ne pas pouvoir bouger au contraire, j'suis un bon marcheur, un grand marcheur et par
 61 contre j'ai horreur du sport, courir pour courir quoi... Ça, c'est vrai que c'est pas du tout mon
 62 truc. Puis bon j'suis plutôt un... un scientifique assis qu'un sportif... coureur. *(rires)* Parce que
 63 bon, mon premier métier, c'était archéologue... donc qui n'a rien à voir avec, avec cela quoi.
 64 Donc bon ben j'suis toujours dans les bouquins, dans les... Donc, c'est, c'est, ça sédentarise
 65 malheureusement la chose. Quand on était jeune, on était sur les... les camps
 66 archéologiques à courir à gauche à droite en France et Navarre mais là bon ben... comme
 67 c'est plus mon métier, c'est, c'est, c'est devenu mon hobby quoi par le fait de la retraite
 68 quoi. Voilà en gros... »

69 « **Bien. Bien, bien... Qu'est-ce que... l'excès de poids représente pour vous ?** »

70 « L'excès de poids, ben ça, ça représente... quand même une invalidité quoi, j'vous dis au
 71 niveau physique, au niveau de... de pas pouvoir faire c'que les autres font quoi tous les
 72 jours... facilement. On peut l'faire mais c'est difficile. Quand je vois des personnes qui disent
 73 "vous avez qu'à faire du sport, courir et machin", bon ben j'leur dis toujours j'vois j'ai une
 74 tante la pauvre, elle est... ben j'dis vous mettez un sac de ciment d'un côté et de l'autre et
 75 puis vous courez. Voilà c'que ça donne quoi. Y a aussi cet aspect là qui... qui fait que on se
 76 sent seul quoi par rapport à des... à j'pense la réaction des gens de... de la rue... bêtement

77 ,la réaction bête quoi. Y a ce point de vue là. Bon après y a le point de vue santé, on est
 78 conscient que niveau santé, ben c'est pas l'idéal d'avoir du poids quoi c'est sûr. De l'excès de
 79 poids du coup. Bon moi j'suis pas une femme mais bon une femme il peut encore y avoir
 80 l'habillement, les... les tailles qui sont pas adaptées en fonction de la mode qu'elle
 81 voudrait... qu'elle voudrait suivre. Je vois ça un peu couramment quoi. Bon les hommes,
 82 nous ça va, on est encore pas trop trop embêté avec ce... ce point de vue là mais c'est pas
 83 un point de vue négligeable quoi aussi. Bon la vue des autres, moi j'suis pas très... Moi, ça
 84 me dérange pas trop. Bon y a peut-être des gens qui peuvent être dérangé par cela quoi.
 85 Voilà... »

86 « D'accord. Et si on... si on parle du mot "obésité", qu'est-ce que ça ça peut représenter en
 87 plus ? »

88 « Alors, l'obésité, l'obésité c'est... c'est un mot qui en fait... (*sourire*) c'est... c'est-à-dire que
 89 je suis sûrement dans la catégorie des obèses mais je... Dans ma tête, je suis pas un obèse.
 90 Voilà. Donc... Moi l'obésité, c'est... c'est le pauvre gars qui peut plus bouger de son lit ou
 91 qui... qui arrive pas à marcher ou... parce que il est difforme quoi, il a un poids énorme qui le
 92 handicape. Donc on se sent pas, on se sent pas obèse. Et c'est peut-être un problème parce
 93 que on peut dire "bon ben on a un peu de poids c'est tout, on n'est pas obèse !" Donc ça
 94 peut aussi... peut-être le fait de... de minimiser la chose quoi. Donc voilà, obésité... On se
 95 sent pas obèse. Et ça, je sais pas si d'autres personnes sont dans le même... vous avez le
 96 même genre de témoignages mais c'est vrai qu'on se sent pas obèse dans la tête comme...
 97 peut-être vous le ressentez. »

98 « D'accord. Maintenant, on va aborder un petit peu le thème de « perdre du poids » en
 99 général. Dans un premier temps, quels moyens avez-vous mis en œuvre pour perdre du
 100 poids ? »

101 « Oh ben tout simplement, déjà, pour perdre du poids, bon ben on sort un peu plus, on fait
 102 un peu plus de marche, on essaie de se prendre... au niveau physique mais c'est pas évident.
 103 Là, je prends pas l'ascenseur, je fais que de prendre les escaliers. Bon y a aussi du diabète
 104 donc j'essaie aussi de... de brûler mon sucre entre parenthèses. Des p'tites choses comme
 105 ça... c'est sûr que je vais pas faire un marathon ou... des choses comme ça. Après.... Y a le, le
 106 le... Bon je fais attention à tout c'que je mange. Ça a l'air de rien mais c'est... Bon, j'ai peut-
 107 être une chance, j'suis pas très sucré, j'suis pas très... c'qui fait que ça m'empêche de
 108 manger des... des... peut-être des cochonneries entre les repas ou des choses comme ça. Et
 109 puis vraiment, si j'ai une fringale entre les repas – ça peut arriver parce que j'ai pas mangé
 110 tout simplement assez avant – je prends des radis comme ça dans une passoire qui traîne
 111 là... ou des tomates, des tomates voilà quoi pour... Mais enfin... Donc... pour p... pas grossir...
 112 c'est difficile de dire parce que... à part de pas manger trop de charcuterie, de fromage,
 113 enfin de choses comme ça quoi. C'est peut-être bête mais moi je fais ça comme ça, je fais...

114 j'évite de reprendre déjà une deuxième fois aussi.... C'qui fait que j'arrive à... voilà à me
115 maintenir comme ça quoi grâce à ce système là. »

116 « D'accord. Est-ce que vous avez suivi des régimes ? »

117 « Alors, j'ai pas suivi de régimes... de vrais régimes. C'est des régimes... où j'me suis imposé
118 bon ben moi-même en fonction de... essayer de limiter le nombre de calories des choses
119 comme ça. J'suis pas passé ni par un professionnel. Déjà ben parce qu'avec mon boulot à
120 l'époque, c'était pas possible. (*rires*). On n'est jamais à la maison, c'est un peu le lot du
121 cheminot quoi. On est parti 36 heures. On est 8 heures, 14 heures à la maison. Donc quand
122 vous avez enlevé le sommeil, ben il reste plus rien et vous voilà reparti, donc c'est difficile
123 d'organiser quelque chose déjà par le biais du métier quoi. Comme j'vous dis, on mange pas
124 grand-chose quand on est à l'extérieur, parce que c'est impossible de manger sur une
125 machine qui bouge de tous les côtés. Même de boire, c'est... Ça a l'air comme ça absurde
126 mais dans une voiture derrière, c'est stable, mais dans une machine, c'est pas stable du
127 tout. Maintenant avec les nouveaux... nouveaux systèmes, oui c'est un peu plus stable quoi.
128 Donc voilà... je sais pas si j'ai répondu à votre question. »

129 « Pour en revenir toujours aux moyens, quels ont été les moyens proposés par votre
130 médecin généraliste ? »

131 « Ben le médecin généraliste, lui bien sûr, veut nous envoyer vers un diététicien. Ça, c'est
132 les moyens du, du généraliste. Autrement, bon ben euh... à part... quelques conseils
133 classiques, y a pas trop de... Si de cu... des cures peut-être... On m'avait proposé à un
134 moment donné de m'envoyer en cure quelque part, mais à part cela, y a pas, pas grand-
135 chose quoi de... »

136 « D'accord. Quelles sont vos sources de motivation à perdre du poids ? »

137 « Ben, mes sources de motivation... c'est déjà de... La première motivation, c'est de perdre
138 du poids. Quand on est... on perd un peu de poids, on dit, on est motivé pour continuer. Ça
139 c'est une chose importante. Maintenant... c'est pas.... la motivation principale, c'est
140 d'essayer de garder un peu près un niveau de santé quoi.... De pas être atteint par
141 justement l'obésité... qui peut ramener, comme dans la famille, on a les artères bouchées,
142 les choses comme ça, c'est un grand classique, moi le diabète maintenant. Donc y a aussi
143 l'aspect médical qui, qui peut être une source de motivation, c'est vrai. Bon après y a
144 l'aspect physique de tous les jours quoi, de pas souffrir, comme je vous dis... de vous baisser
145 pour ramasser quelque chose ou... on souffre déjà assez avec les vertèbres et autres avec
146 l'âge qui commence à se... à se manifester. Alors donc le, le poids c'est vrai que c'est un plus
147 qu'on peut... On se sent mieux quand même quand on a moins de poids. Donc c'est une
148 source de motivation aussi. Bon, y a aussi une autre source de motivation, c'est quand la

149 compagne prend du poids aussi, c'est de faire un régime commun. C'est aussi une source de
 150 motivation de faire un régime à 2, c'est quand même plus motivant que de le faire seul
 151 quoi. »

152 « Et l'autre versant du coup, les contraintes. Quelles sont les contraintes que représente la
 153 perte de poids pour vous ? »

154 « Alors les... les grosses contraintes, c'est surtout bon ben... des produits qu'on... que j'me
 155 force à ne pas manger par exemple, type charcuterie ou autre... Mais aussi à... y a aussi un
 156 autre problème, c'est-à-dire que... on sort beaucoup. Donc nous sommes invités pas mal
 157 et... là, c'est difficile, parce qu'il est très difficile, en plus j'fais des allergies alimentaires aux
 158 polyphosphates donc j'ai encore une autre difficulté qui s'additionne à celle-ci. Quand on
 159 est... sort dehors, que manger dans le buffet... que... pour éviter justement de grossir,
 160 essayer de faire un choix dans des choses qu'on, dont on ne connaît pas la texture ou le, le
 161 truc du... de la préparation donc c'est difficile aussi quelquefois. Et... donc y a aussi cette
 162 contrainte là qui paraît... j'sais pas si vous avez d'jà eu ce genre de témoignages mais vous
 163 arrivez puis bon ben vous dites « ah j'vais essayer », pas trop, pour pas éviter de prendre du
 164 poids... bon moi mes allergies... ou de... c'est vraiment un cas... c'est compliqué. Très
 165 compliqué. Parce qu'aller demander à la personne si y a des polyphosphates dans son truc
 166 ou... c'est pratiquement impossible quoi, c'est difficile, très difficile. »

167 « Quel a été votre ressenti lors de vos tentatives de pertes de poids ? »

168 « Bah le ressenti, bon c'est quand même une satisfaction quand on perd du poids. On est
 169 toujours content. Alors mais toujours avec cette crainte de « maintenant attention, il va
 170 falloir stabiliser », ça c'est autre chose. Quand j'vous dis, bon... j'sais pas moi j'perds
 171 facilement du poids, par contre la stabilité, c'est beaucoup plus difficile. C'est plus la phase
 172 de stabilité qui est dure que la phase de perte de poids, justement parce qu'on est motivé
 173 par la perte de poids alors qu'une fois qu'on est stabilisé, on perd plus de poids. Donc... on a
 174 que des... que des, des effets négatifs, peut-être de reprendre 100 grammes, 200 grammes,
 175 donc y a, y a cet effet là. Moi j'pense que c'est, c'est la difficulté, c'est plus le ressenti à ce
 176 niveau-là. »

177 « Et quel est-il alors ? Qu'est-ce que, à ce moment là... »

178 « Ecou... »

179 « Quel est-il ce ressenti ? »

180 « Eh ben le ressenti, c'est un peu un désespoir, en disant « ben voilà, j'ai, j'ai réussi à perdre
 181 mais petit à petit, voilà que je regrignote » donc... que faire ? Difficile. Donc on essaie de

182 refaire, de revenir en arrière quoi, de refaire un régime pendant le... la stabilité, la
183 stabilisation. C'est pas évident. Et c'est là qu'on peut perdre le moral oui effectivement. »

184 « Bien. Qu'attendez-vous de votre médecin généraliste concernant le suivi de votre
185 poids ? »

186 « Ben moi, j'attends pas grand-chose. (*rires*) C'est-à-dire que... j'essaie, je pense pouvoir le...
187 le gérer tout seul et donc c'est plus j'vous dis... pas une brimade mais... C'est plus une...
188 comment, comment dire ça... peut-être... comme une... On prend ça de plein fouet comme...
189 J'ai du mal à m'expliquer à ce niveau là... presque une remontrance. Le fait de, d'en reparler,
190 c'est comme une remontrance, alors que y a pas de remontrance dans l'machin. Mais rien
191 que le fait d'aborder le sujet, ça peut être considéré comme une remontrance quoi. »

192 « Pour vous ? »

193 « Oui pour moi, oui. Oui. »

194 « D'accord. »

195 « C'est, c'est difficile hein ce... parce que bon ben... c'qui veut dire que... le médecin est
196 peut-être pas satisfait forcément. C'est pas le poids encore idéal. Mais c'est, c'est, on
197 considère ça... presque comme un échec, alors que, dans notre esprit, on a... on a réussi à...
198 à diminuer. Mais alors, c'est là qu'est le... je pense que faudrait plus un encouragement, que
199 le fait de dire ben par exemple « ah ben attendez oui c'est bien mais on va peut-être suivre
200 ça par un diététicien ou un machin », ça devient un échec. Et ça peut être très, très mal...
201 enfin moi pour... personnellement, je... je l'prend mal quoi. Voilà »

202 « D'accord. Selon vous, comment votre médecin généraliste alors pourrait-il vous aider à
203 perdre du poids ? On en a un petit peu parlé à l'instant du coup là mais... est-ce qu'il y a
204 d'autres ch... d'autres choses ? »

205 « Moi je vois pas tellement de... de solutions à ce niveau là. C'est-à-dire, bon, médicalement,
206 il n'en est pas question... C'est... je vois pas trop... Justement je me mets à la place du
207 médecin, je vois pas trop trop de solutions... à envisager à part... peut-être un
208 encouragement plutôt à continuer quoi hein ou mettre peut-être, mettre des... des
209 barrières. C'est-à-dire... ça serait bien si voilà on arriverait à un poids de : ... Vous voyez ?
210 Peut-être que là, ce serait plus intéressant... au niveau... c'est-à-dire de fixer des objectifs
211 dans la continuité quoi. Ça serait pas mal. »

212 « Et... pour quelles raisons vous semble-t-il ou vous semblerait-il difficile de consulter votre
213 médecin généraliste pour le suivi du poids ? »

214 « Ben comme je... comme je vous ai précisé auparavant, c'est-à-dire que ça, ça devient une
 215 fixation du coup donc une fixation... ça peut être une fixation, une source de désespoir du
 216 coup. C'est-à-dire que bon ben voilà, je me bats, je réussis à faire cela, faire autrement c'est
 217 beaucoup plus difficile et du coup ça peut nuire... au mental de la personne. Vous voyez
 218 c'que j'veux dire. Donc voilà où est le... où s'rait à mon avis le problème. C'est pour ça que
 219 moi je... un médecin qui me parle... Première des choses, vous poussez la porte, on vous dit
 220 « oulala », on voit dans le regard du médecin « quel poids ! » (*rires*) C'est... c'est déjà... moi
 221 ça me bloque. C'est-à-dire bon ben j'ai envie de prendre la porte et de repartir « Au revoir
 222 j'vais aller voir un d'vos confrères » quoi, c'est pas le... le... c'que la personne demande.
 223 Maintenant bon le fait des soins dans la globalité des soins, pourquoi pas en parler un tout
 224 petit peu mais j'vous ai dit dans un... plutôt un encouragement. C'est-à-dire... être diplomate
 225 et trouver une solution quoi de... de caser encore une chute de poids par plus de
 226 diplomatie. »

227 « Qu'est-ce que vous pensez alors de consultations dédiées uniquement au poids ? »

228 « Ben moi je... j'sais que j'le f'rais pas. Moi j'irais pas. C'est pas du tout... Moi ça... c'est
 229 difficile à vous expliquer cela mais... moi j'ai dit c'est pas... déjà dans le point de vue d'un
 230 patient classique, c'est pas une maladie primordiale si vous voulez. En fait, ça peut être une
 231 maladie primordiale pour, à votre niveau mais dans l'esprit du patient le poids, on vient pas
 232 pour ça. Donc venir pour ça... on... on tape sur le moral de la personne, on tape sur mettre...
 233 lui coller une étiquette, vous voyez... et... ça devient... parce que c'est comme si on prenait
 234 un handicapé et qu'on lui mettait une étiquette dessus quoi, ça... bon ben on va dire « ben
 235 au revoir quoi, ciao » (*rires*) Ça devient presque... c'est difficile à exprimer vous voyez mais
 236 moi je sais que j'ai un caractère comme ça. Moi on vient me dire « ben voilà, faut aller voir
 237 tel et tel machin pour ça » moi j'dis « bon ben au revoir, m'intéresse pas » Donc maintenant,
 238 tout le monde n'est pas comme moi hein. »

PATIENT 4

1 « Voilà, alors du coup, pour introduire un p'tit peu l'entretien, j'voudrais savoir quelle est
2 votre histoire personnelle concernant l'évolution de votre poids ? »

3 « J'ai toujours été ronde. Même en étant jeune. J'ai commencé à devenir... ronde à la
4 puberté. Bon j'ai eu une puberté très précoce, enfin très précoce, vers 12 ans et... là j'ai
5 commencé à prendre du poids et puis... Mes parents et ben... en étant d'origine italienne,
6 pour eux, un bébé rond, c'est un beau bébé. Donc ils m'ont pas, j'veux dire à l'époque,
7 c'était pas comme maintenant, parce que nous on a fait attention pour nos enfants pour pas
8 qu'ils aient le même problème que nous. Mais à l'époque, c'était pas le souci majeur de...
9 j'veux dire de mes parents et d'autres parents immigrés. Donc j'me suis un peu prise en
10 mains... vers 17 ans à peu près quand j'suis rentrée en internat mais bon là j'ai perdu... j'sais
11 plus presque 30 kilos en 3 mois donc c'qu'il fallait pas faire. Mais bon à l'époque, je n'savais
12 pas, donc j'l'ai fait. Et... j'ai... essayé de maintenir mon poids jusqu'à, jusqu'à l'âge de 26/27
13 ans. Donc après ben à 27 ans, quand on s'est mariés, bon pendant 2/3 ans, ça était encore.
14 Bon quand j'ai eu ma fille, la grossesse pareille, j'avais pris qu.. 5 kilos donc c'était parfait.
15 Et... bon après quand j'ai eu mon fils, 2 ans après, j'ai eu un accident de travail et... non pas 2
16 ans pardon , 4... 91... et c'était en 95 si 4 ans après, j'ai eu un accident de travail où j'ai pas
17 été... j'veux dire si j'ai été écouté mais... J'lai, j'ai mal vécu, j'ai très mal vécu et j pense que
18 j'suis resté 3 ans à la maison où d'un côté : y avait le côté professionnel où on... m'tapait sur
19 la tête ; d'un autre côté : j'avais un réel souci avec une erreur médicale à la base... donc,
20 mais quand on n'est pas médecin soi-même j pense que c'est cause perdue, donc on a été,
21 j'ai été enfin défendue par... enfin défendu ou remis à plat les choses par Nancy au centre...
22 à l'hôpital Central pardon. Donc là j'suis tombé sur un, un professeur qui a été vraiment
23 sympa, qui a été à l'écoute mais j pense que tout ça, ça m'a... Bon, j'étais à la maison, je
24 pouvais pas beaucoup bouger... si j'm'occupais des enfants bon j'les ramenait à l'école et
25 tout mais c'était pas... y avait pas d'activité proprement dite. Voilà. Donc... Et puis, ben
26 quand on est à la maison, ben on prépare les p'tits plats, on prépare les gâteaux pour les
27 enfants, puis on prépare... et puis bon ben je goûtais avec eux, donc ça s'est déjà installé un
28 p'tit peu là. Puis après ben j'crois qu'c'est un peu le cercle vicieux, parce qu'on prend du
29 poids, on essaie d'en perdre, on en perd 10 et on en reprend 5 et puis voilà et... puis voilà !
30 Donc... »

31 « Pour revenir au suivi chez le médecin généraliste, quel est votre vécu du suivi du poids
32 chez le médecin généraliste ? »

33 « Ben ça dépend. Ça dépend. Disons que... je saurais pas comment l'exprimer parce que
34 nous étions avant chez un autre généraliste que, que celui... que l'actuel. Bon, il faisait des
35 alertes de temps en temps mais ça s'arrêtait là. Et là, actuellement, bon elle en parle mais y
36 a pas de... y a pas, y a pas quelque chose qui fait qu'on va accrocher pour... pour avoir un
37 déclic quoi. Donc... Moi on va en parler, elle va voir le poids... bon effectivement. Bon, c'est

38 plus les... médecins, bon comme j'ai des soucis de santé, un cancer du sein il y a 2 ans, donc
 39 c'est plus les... les spécialistes et l'oncologue qui alertent un peu, pour ma part j'trouve plus
 40 que le, que le généraliste. Même si le généraliste va voir le poids mais j'veux dire, après c'est
 41 difficile parce qu'il faut bien l'accepter. Donc... j'pense qu'elle est peut-être psychologue et
 42 puis... elle sait c'que j'ai envie d'entendre, elle sait c'que j'ai pas envie d'entendre. Voilà,
 43 donc...

44 « Vous pouvez approfondir un peu là-dessus, ça veut dire quoi ça ? »

45 « C'que j'ai envie d'entendre ou pas entendre ? »

46 «(approbation) »

47 « Ben déjà quand on est fort, c'est pas marrant tous les jours. Y a effectivement le problème
 48 de bouger/ pas bouger, le problème vestimentaire et... Je pense que quelque part c'est un
 49 peu... bon pas la politique de l'autruche parce que... je suis consciente de la situation dans
 50 laquelle je suis. Mais on est conscient pour soi-même mais quand ça vient de quelqu'un
 51 d'autre, ça fait pas toujours du bien. Donc... j'sais pas. C'est... Après ça dépend de la manière
 52 dont on l'dit, dont on va, on va p't-être nous l'dire. Si c'est dit avec une forme
 53 d'accompagnement, éventuellement de, de ...fin solution entre parenthèses si solution il y a
 54 autant que faire se peut. Mais autrement... c'est... ben la personne qui va dire : « ben il faut
 55 que vous perdiez 20 kilos, mais il faut faire si, il faut faire ça » ou alors elle dit rien du tout,
 56 ben c'est facile à dire mais c'est pas facile à faire dans la vie de tous les jours. Ou alors on
 57 s'coupe de tout, y a plus de vie sociale et on l'a vu il y a 3 ans quand on a découvert le
 58 diabète de mon mari, pendant 2 mois, on s'est vraiment coupé de tout. Donc là, à la fois lui
 59 et moi, on a perdu du poids, mais au détriment d'une vie sociale qui nous manquait. Et c'est
 60 vrai que on est... pratiquement pas tous les jours mais presque on est... on n'est pas à la
 61 maison donc c'est difficile de... de s'couper comme ça, c'est moralement plus difficile à
 62 porter que le poids qu'on porte quoi. Voilà. »

63 « Qu'est-ce que l'obésité représente pour vous ? »

64 « L'obésité, ça représente un mal-être int... à la fois interne et externe puisqu'on peut pas
 65 bouger comme on veut et... et... même si on est sou...fin souple entre parenthèses et
 66 mobile, y a des gestes qui sont fatigants et puis bon y a le regard des autres aussi. Le regard
 67 des autres, c'est pas toujours... facile à porter quoi. Enfin à accepter ou à... ou à recevoir.
 68 Donc... Alors que je... pense, enfin je pense pas peut-être que j'dois sûrement faire des
 69 erreurs comme tout le monde mais bon au niveau de l'alimentation... mes plats sont à peu
 70 près équilibrés j'veux dire y a pas de... bon après j'ai, j'ai sûrement un bon coup de
 71 fourchette., mais... Il m'arrive si j'suis très stressée alors... bon là j'rentre à 4h, j'vais
 72 m'prendre un bout de pain et puis un bout de fromage ou de chocolat ou j'sais pas c'qui va

73 me tomber sous la main alors que le chocolat j'en mange pas, j'aime pas ça. Mais si j'suis
 74 stressée, c'est ce que je vais plutôt... plutôt prendre donc... c'est... J'crois que c'est un peu un
 75 cercle vicieux. »

76 « Selon vous, en quoi votre poids influence-t-il votre quotidien ? »

77 « Ben c'est dans les gestes... surtout les gestes quotidiens oui... Bon la toilette non, parce
 78 que la douche, ça va bien. Heureusement que ça existe. Mais je vois au lycée, je monte et
 79 j'descends les escaliers... Bon quand j'les monte 2/3 fois, ça va mais quand j'commence à les
 80 monter 10 fois, au bout de 10 fois, j'me dis « ah ! faudrait p't-être... faire autre chose ».
 81 Donc... Autrement non, parce que on marche beaucoup. Bon les escaliers, j'peux monter
 82 facilement 3/4 étages sans être vraiment essoufflée. Mais, je me rends compte que y a
 83 quand même des trucs : me baisser ben j'vais l'faire mais c'est pas comme quand vous
 84 avez... 30 kilos de moins. »

85 « Pour en venir au thème de « perdre du poids », quels moyens avez-vous mis en œuvre
 86 vous, pour perdre du poids ? »

87 « Ben disons que je... C'est si je décide, parce qu'il faut déjà être motivée dans sa tête et être
 88 décidée. Donc si je l'décide, ça va aller. Mais le problème, c'est qu'on n'a pas de repères.
 89 Alors quand j'dis on a pas de repères : si demain je dis « ben demain, on est au régime, on
 90 fera... on va faire ça », ça va être tout ou rien, et c'est pas c'qu'il faut faire. Donc... par
 91 exemple, j'dis n'importe quoi mais manger de la viande : est-ce qu'il faut en manger 40
 92 grammes ou 100 grammes ? Est-ce que bon les légumes on sait que c'est à volonté, mais les
 93 féculents, est-ce que forcément il faut en manger ou pas en manger ? Est-ce que il faut en
 94 manger de telle quantité ou pas telle quantité ? Est-ce qu'il y a des associations d'aliments
 95 qu'il faut faire ou pas faire ? Ça, c'est des bases que je n'ai pas forcément correctement et
 96 donc je pense qu'à partir du moment où j'vais faire... ce... ce régime, c'est... plus draconien
 97 que peut-être c'qu'il faudrait. Donc, au bout d'un moment, j'pense qu'il y a une lassitude
 98 aussi, parce qu'il y a peut-être des aliments qu'on va s'interdire alors qu'ils sont pas
 99 interdits. Et c'est... c'est... j'pense que sur le long terme, c'est pas évident. »

100 « Est-ce que vous avez suivi des régimes particuliers ? »

101 « ... J'ai pas suivi non, pas de... pas de WeightWatchers ou de trucs comme ça, ça j'ai pas fait
 102 mais on a fait à la m... Enfin, de part nous-mêmes quoi, on n'a pas... »

103 « Quels ont été les moyens proposés par votre médecin généraliste, pour perdre du
 104 poids ? »

105 « Ben y en a pas. Ben on n'en a... On n'en a jamais vraiment parlé. Avec l'ancien médecin
 106 généraliste, pas tellement plus, à part de dire « faut faire attention, vous allez être obèse,

107 faut faire attention, vous allez être obèse » mais y avait pas de solutions de proposées. Parce
 108 que j'veux dire : « il faut pas manger de ça, il faut pas manger de ça », c'est bien beau mais
 109 j'trouve que c'est pas suffisant. Voilà »

110 « D'accord. Pour en venir aux sources de motivation : quelles sont vos sources de motivation
 111 à perdre du poids ? »

112 « Ben c'est déjà le bien-être pour soi. C'est pouvoir s'habiller sans aller dans une boutique
 113 spécialisée ou sur internet maintenant, c'est bien... Et puis, bon, j'pense que c'est aussi peut-
 114 être... pour l'entourage, parce que bon les enfants nous disent rien mais... des fois j'me pose
 115 des questions, j'me dis « est-ce que ils préféreraient pas que... » Voilà. Donc... bon mais c'est
 116 d'abord pour soi. »

117 « Et au niveau des contraintes, le versant contraire, quelles sont les contraintes que
 118 représentent la perte de poids pour vous ? »

119 « Et ben... ah, que représente la perte de poids ? ben c'est toute cette préparation. C'est pas
 120 la perte de poids qui est une contrainte, c'est cette préparation, parce que... bon, mon mari,
 121 lui il est à la maison et en plus avec ses allergies, j'dois faire attention à c'que j'cuisine donc
 122 je cuisine essentiellement... tout, y compris le pain ou des choses comme ça mais... je
 123 travaille donc quand je rentre, que je dois préparer à manger, qu'après ben il faut que j'me
 124 reprépare et que je reparte, le laps de temps est réduit. Donc souvent, on va à la facilité.
 125 Voilà. Donc... j'crois qu'c'est la... C'est vrai que si j'avais la possibilité d'avoir une... une
 126 gouvernante qui me préparerait tout, peut-être que ce serait plus simple ! Mais ce n'est pas
 127 le cas, donc... (rires) »

128 « Quel a été votre ressenti lors des tentatives de pertes de poids ? »

129 « Ben y a quand même une certaine fierté, de se dire « on y est arrivé ». Et puis... un
 130 encouragement à poursuivre parce que bon, j'sais pas, mon mari vous l'a dit aussi c'est : si
 131 on perd du poids, on est encouragé à perdre. Mais j'en reviens toujours à la situation s... à la
 132 vie sociale parce que, quand on commence à perdre du poids, on perd du poids, on perd du
 133 poids, c'est bien mais si y a cette vie sociale qui est là... les gens sont pas toujours sympas
 134 non plus donc ils vont dire « roohh mais pour une fois, tu peux prendre ça. Oh, ben pour une
 135 fois, tu peux prendre ça. » Donc il faut déjà être fort moralement. Et... bon après... c'est vrai
 136 que c'est une satisfaction donc y a quand même un... point positif. On va pas dire si on perd
 137 du poids, on n'est pas bien ! Non. Donc... »

138 « Qu'attendez-vous de votre médecin généraliste concernant le suivi de votre poids ?

139 « (silence) Je n'sais pas. Je n'sais pas puisqu'aujourd'hui... c'est... statu quo donc... mais bon
 140 si elle pouvait effectivement... me d... donner des pistes. Je sais pas... Mais des pistes

141 concrètes. (*silence*) Ouais. Parce qu'autrement bon... toute façon, on va chez le médecin,
 142 c'est vrai qu'on y va quand on n'est pas bien mais y a une histoire de temps, y a une histoire
 143 de... j'pense que même, même les généralistes ont pas toujours le temps de... Hein, j'ai vu
 144 pour, pour le diabète, quand mon mari a eu son diabète et moi le mien s'est déclaré mais
 145 j'avais pas du tout le même taux que lui donc j'étais en limite. Mais Mme X... a été...
 146 drastique. C'est : « on mange plus ça, on mange plus... (*en marmonnant*) » Et j'dis « Qu'est-
 147 ce qu'on mange ? » « Ah ben... » ben on avait plus grand-chose à manger quoi. Alors que j'ai
 148 pris un rendez-vous chez un diabétologue... J'vais pas dire qu'il m'a dit tout l'inverse d'elle,
 149 c'est pas vrai. Mais y a des choses qu'elle nous a complètement interdites et qui n'étaient
 150 pas forcément à interdire. Donc là on s'est r... J'me suis retrouvé avec : j'écoute qui ? Alors,
 151 est-ce que les généralistes sont préparés pour ça ? Pour... bon voilà, on parle du poids, mais
 152 même. Bon, moi j'l'ai constaté au niveau du diabète parce que... après ça va de pair. Le
 153 poids, y a, y a d'autres maladies qui se greffent dessus. Mais... je m... je m'suis déjà posé la
 154 question d'savoir si les généralistes étaient vraiment formés... enfin formés, sûrement, mais
 155 préparés pour tous ces aléas de la vie moderne et est-ce qu'ils ont le temps de... entre
 156 parenthèses de perdre du temps avec, avec un patient pour... pour aller au-delà. Déjà, pour
 157 prendre un rendez-vous, c'est la galère. Donc, quand on y va, on attend... Je sais pas. Je...
 158 Bon, après y a des spécialistes pour ça, y a des diététiciens, des nutritionnistes, y a des... y a
 159 tout ça mais ça implique un coût aussi. Donc... »

160 « Et pour quelles raisons vous semble-t-il ou vous semblerait-il difficile de consulter votre
 161 médecin généraliste pour le suivi du poids ? »

162 « (*silence*) Ben... Je... je... enfin j'ai du mal à répondre parce que... c'est quand même un point
 163 sensible et d'en reparler ben... on tourne autour. Donc... C'est difficile d'en parler soi-même.
 164 Donc aller en parler à un généraliste, oui mais j'pense que c'est plus facile d'en parler quand
 165 y a... un réel souci de santé. Donc là peut-être que les... les différentes portes, il faut qu'on
 166 les ouvre, et donc là on y va franchement. Mais spontanément comme ça, je sais pas. J'ai...
 167 J'ai du mal. »

168 « Qu'est-ce que vous pensez du coup de consultations dédiées au poids ou vous viendriez
 169 pour... pour le poids ? »

170 « Ça pourrait être une bonne chose, oui. Parce que là, la personne, elle aurait le temps à la
 171 fois de nous écouter, de nous aiguiller, de voir c'qu'on fait, de voir, j'veux dire les bonnes
 172 actions qu'on fait, les mauvaises donc... Ça pourrait être intéressant. Et j'pense que la
 173 personne aurait plus de temps. Et si on sait que cette personne gère entre parenthèses pas
 174 que ça mais essentiellement, c'est un peu comme si on va chez le dentiste ou chez le
 175 diabétologue, c'est, ça reste... ça devient une spécialité en soi et... là y a moins de... je n'sais
 176 pas, peut-être moins ...fin honte de s'exposer... Bon quoique là, le généraliste, ça va. C'est
 177 pas... J'ai pas de souci spécifique. »

- 178 « D'accord. »
- 179 « Mais... bon. »
- 180 « Vous voyez des raisons qui vous empêcheraient de le faire ça du coup ? »
- 181 « (*silence*) Avec la généraliste actuelle ? vous me parlez ou ? »
- 182 « Avec un médecin généraliste, en général »
- 183 « Ben... pfff. J'me dis que si c'est un médecin généraliste, et qu'il fait... qu'il est vraiment
184 généraliste et qu'il fait plein d'autres choses, est-ce qu'il prendra le temps de m'écouter ? et
185 de me suivre correctement, voilà. Moi, c'est surtout l'histoire du temps et du... parce que là
186 je vois, rien que dans mon cas avec mon cancer du sein, elle revient toujours, elle me repose
187 toujours... alors c'est vrai, comme me dit mon mari, moi ça m'énerve déjà. Mais il me dit,
188 mais elle a pas que toi comme patiente. J'suis tout à fait d'accord. Mais, j'ai l'impression
189 quelque part que, on devient un numéro. Et ça, ça m... Ça, j'pense que quand on passe par
190 des phases de maladie ou ben le moral est là ou pas là, c'est énervant. Alors, c'est pour ça,
191 j'me dis : est-ce que... Est-ce que la personne prendra vraiment le temps ? Et en plus, en y
192 mettant de la diplomatie. Parce que quelque part... que ce soit les gens malades, les gens
193 obèses ou tout c'qu'on veut... Ben après l'obésité, c'est une maladie aussi, ça, ça fait partie
194 du, du... j'pense d'un tout. On est quand même avec une certaine susceptibilité j'veux dire
195 par rapport à son amour propre et on a pas forcément envie d'entendre les choses de
196 manière abrupte, donc... un peu comme les élèves hein. Faut les manier avec la carotte et ça
197 marche tout seul plutôt que les punir donc... »

PATIENT 5

- 1 « ... »
- 2 Pour introduire un petit peu les choses, je voulais savoir un p'tit peu quelle était votre
3 histoire personnelle concernant l'évolution de votre poids ? »
- 4 « Alors, l'histoire personnelle... oui et non parce que moi j'faisais ma vie... comme tout le
5 monde sans... m'en inquiéter. Bon, bien sûr, y a les parents qui me disaient « bon, fais
6 attention à ton poids », tout ça... J'ai d'jà vu le médecin en question. On en a déjà causé mais
7 il s... c'est sans trop plus quoi, il vous dit attention, puis c'est tout quoi. Après c'est à vous
8 de... de choisir et puis voilà quoi. J'vois que ça. »
- 9 « Ouais. Et... Y a... Y a toujours eu des soucis de poids du coup ? »
- 10 « Euh oui, toujours. Depuis très, depuis ma... ma jeunesse quoi en fait. »
- 11 « D'accord. »
- 12 *(La compagne de la personne interrogée, présente pendant l'entretien, lui chuchote quelque*
13 *chose.)*
- 14 « Ah oui parce qu'à l'époque, les parents me privaient de nourriture. C'est-à-dire qu'ils
15 fermaient tout... la cave, tout ça. Toutes les denrées alimentaires tout ça, et... et j'avais le
16 droit à rien ! Après j'ai eu des phases où je bougeais plus ou moins, après aussi, ça fait aussi
17 beaucoup le mental je pense, pour le poids. »
- 18 « Ouais. C'est-à-dire ? »
- 19 « Ben, quand vous avez rien, que c'est... on voit que du noir tout le temps, ben, forcément
20 on se rabat sur soi-même. Un peu de nourriture et puis on prend du poids et puis on prend
21 etc... et puis... et puis voilà quoi. »
- 22 « D'accord, et quel est votre vécu alors du suivi du poids chez le médecin généraliste ? »
- 23 « le vécu du suivi du poids du médecin généraliste. J'avais été le voir, j'avais dit que j'avais
24 du poids mais à l'époque ma mère aussi et il avait dit « bon fais attention, c'est dangereux. »
25 C'est tout. Puis basta. Comme si il recevait quelqu'un et qu'il mettait une carte vitale dans le
26 boîtier et c'est la même chose pour lui. *(silence)* Il s'intéresse pas vraiment, je pense pas.
27 J'avais demandé une fois à Monsieur X. à l'époque qui m'avait donné un papier à lire avec
28 2/3 feuilles et puis c'est tout. Puis j'ai plus jamais eu de nouvelles, plus rien du tout donc...
29 Après j'ai pas cherché à comprendre, j'avais d'autres choses... à faire dans la vie puis donc du
30 coup j'ai zappé puis voilà. Mais bon après bon, faut... j'suis aussi gourmand donc forcément...
31 C'est le côté basque où là-bas, on est habitué à bien manger, la bonne charcuterie, puis des
32 bonnes choses donc forcément *(rires)* Et ben quand on est là-dedans, ben voilà, c'est
33 foutu. »

34 « D'accord. Et... donc, du coup si je résume un petit peu, vous avez l'impression de pas avoir
35 été écouté ? »

36 « Pas du tout de suivi. Moi, j'ai l'impression que les docteurs s'en fichent complètement, vu
37 les horaires qu'il a le matin et le soir. J pense vraiment qu'il doit, vu les paperasses qu'il a à
38 faire, il doit pas se casser la tête, il doit juste en parler simplement « attention, t'es en
39 surpoids, ceci... fais gaffe, attention, voilà. » Puis sinon le reste... (*bruit de bouche*) Il s'en
40 fiche complètement. Et c'est la... la pure vérité »

41 *Intervention de la compagne* : « En fait, c'qu'il a pas beaucoup expliqué, c'est que quand il
42 était chez sa mère, qu'il avait les placards fermés et tout, qu'il pouvait pas avoir c'qu'il avait
43 envie. Du jour où il a eu son indépendance, qu'il a eu son appartement, son salaire
44 (*approbation de l'interrogé*)... ben, il a arrêté de se priver, c'qui fait qu'il a un peu acheté de
45 tout pour manger, manger, manger et le fait d'avoir fait des recherches d'emplois ces
46 dernières années et de n'avoir que des refus, refus, refus. Moi j'l'ai vu parce que j'étais là : il
47 s'est complètement refermé sur lui-même et ça sa seule échappatoire, c'était la nourriture.
48 Les gâteaux... les choses... les choses grasses quoi. »

49 *Reprise de parole de l'interrogé* : « Les bonnes choses de la vie quoi. Mais bon, comme toute
50 bonne chose, il faut pas trop en abuser quoi. C'est comme tout. »

51 « D'accord. Qu'est que l'excès de poids représente pour vous alors ? »

52 « Ben... quand étant jeune, c'est plutôt le regard des gens, des... à l'école simplement quand
53 vous êtes gros, ben en classe, ben c'est connu, on se fait chagriner, on en prend plein la tête,
54 y a toujours des moqueries mais ça, ça va encore. Après le poids en vieillissant, ça devient un
55 handicap au niveau du travail parce que faut forcer 2 fois plus, on a plus mal au dos. Après
56 ben, le niveau du cœur s'accélère. Y a beaucoup de trucs qui vont avec, c'est dangereux. Ça
57 peut être dangereux. Ça dépend le niveau de poids mais ça peut être dangereux. En plus, si
58 j'fume et tout ça bon ben c'est pas bon non plus tout ça, mélanger tout ça. Donc il faut
59 vraiment faire attention quoi parce que là... C'est un peu gênant quoi pour le travail parce
60 que moi j'faisais de la maçonnerie donc d'jà si vous êtes en surpoids et que vous faites de la
61 maçonnerie. D'jà c'est un métier très physique donc il faut porter des charges très lourdes
62 toute la journée. Et avec le poids, ça le fait pas du tout, on est 2 fois plus essoufflé, 2 fois
63 plus fatigué, on doit 2 fois plus forcer et donc... c'est pas bon tout ça. Je le sais. »

64 *Intervention de sa compagne* : « Par exemple si je lui propose de venir demain à la piscine
65 avec moi, il refusera par rapport au regard des gens. »

66 *Réponse de l'interrogé* : « Ouais, c'est vrai. »

67 « D'accord. (*silence*) Bien. Si on parle du mot « obésité », qu'est-ce que le mot « obésité »
68 peut représenter en plus par rapport à ce que vous avez dit là ? »

69 « mmmhh... Non c'est tout, obésité pour moi c'est ça. Obésité et... j'dirais aussi danger pour
70 la santé aussi quand même j'pense. Parce que là, c'est du, du... il doit y avoir au moins 30 ou
71 40 kilos de trop donc... Surtout arrivé à 31, arrivé à 35, 40 (*sous-entendu 35/40 ans*), ça va
72 être dangereux là. Pour moi hein, j'pense, j'suis sûr. »

73 « D'accord. »

74 « Ben qui dit obésité dit aussi moins de physique, plus essoufflé, alors plus de mal à faire
75 certaines choses donc... »

76 *Intervention de sa compagne* : « Moi, j'le vois à la maison, par exemple, pour faire un peu de
77 ménage à la maison ou ranger certaines pièces. Au bout de... allez une dizaine de minutes, il
78 transpire à grosse gouttes, il est déjà très essoufflé. »

79 *Reprise de parole de l'interrogé* : « Et puis le cœur ça y va, ça tape quoi »

80 *compagne* : « juste pour une petite activité physique banale quoi, j'veux dire du quotidien »

81 « Et oui... oui donc en ça le poids influence le quotidien. Y a d'autres... d'autres versants pour
82 lequel le poids peut influencer le quotidien ? »

83 « Non mise à part le regard et des fois un peu le problème de transpiration, des choses
84 comme ça mais sinon non, le reste je vois pas trop spécialement. »

85 « D'accord. Si on aborde un peu maintenant le thème de perdre du poids en général. Dans
86 un premier temps, quel moyen avez-vous mis en œuvre pour perdre du poids ? »

87 « Ben y a un moment quand j'avais pas mal de travail pendant une bonne année, quand
88 j'étais dehors, j'étais en train de travailler en espace vert donc... élagage, trucs comme ça,
89 donc on bougeait beaucoup... Beaucoup de montées à 18% donc là on bougeait beaucoup
90 donc le poids est... un moment, je l'ai vite perdu quoi. Ben c'était simple hein, c'étaient des
91 petites salades, le midi, le soir et puis des trucs extrêmement lights quoi »

92 *Intervention de la compagne* : « Moi, derrière, je fais en sorte de faire des repas équilibrés,
93 en proportions normales. Parce qu'au début, c'est vrai qu'il... Tous les 2, on mangeait des
94 grosses portions de nourriture et j'ai essayé de les réduire au fur et à mesure en mettant
95 beaucoup plus de légumes... des choses saines quoi. »

96 « Et les moyens qui ont été proposé par votre médecin alors ? »

97 « Aucun (*ton vif*), aucun moyen proposé. Non, rien du tout ! que ce soit Y... ou M.X... Peu
98 importe. J'vous ai dit, comme je vous ai dit précédemment, j'en ai parlé une fois y a
99 longtemps, il m'a déjà dit « attention le poids... machin » mais sinon le reste, rien du tout. Il
100 s'en fiche complètement. Même pour mon p'tit frère à l'époque qui était petit, qui était
101 gros. Il était le voir. C'était pareil, il s'en fichait. »

- 102 « Et quelles sont vos sources de motivation alors à la perte de poids ? »
- 103 « Et ben motivation, motivation quand vous êtes au chômage et que vous avez du mal à
104 trouver un emploi... J'pense la motivation, ce serait plutôt de trouver un emploi quoi. Qui dit
105 emploi dit activité, donc forcément, on bouge plus, on fait un peu attention à notre
106 nourriture et puis après ben voilà quoi. Mais j'vois que ça qui me motiverait. »
- 107 *Intervention de la compagne* : « Même moi, j'arrive pas à le motiver »
- 108 « Et à l'inverse, quelles seraient les contraintes... à la perte de poids ? Qu'est-ce qui... Qu'est-
109 ce qui bloque ? »
- 110 « Ben c'est... c'est trouver un... comment dire... c'est trouver une occupation quoi. Un travail,
111 quelque chose n'importe quoi, pourtant j'en cherche. Quand on n'a pas de permis, des
112 choses comme ça, des difficultés, forcément on trouve pas comme on veut. Vu actuellement
113 la conjoncture actuelle de l'emploi, c'est pas la... c'est pas la joie non plus. Donc, non le
114 mieux, je pense que ce serait de trouver une activité, un travail quelque chose comme ça qui
115 permettrait de bouger, de penser à autre chose et puis... tout en perdant du poids. J'pense
116 que c'est le mieux. Parce que c'est sûr que rester assis... sur la télé ou sur l'ordi à broyer du
117 noir en mangeant, c'est pas là qu'on va perdre du poids... surtout pas. J'crois pas. »
- 118 *Compagne* : « Quand j'lui propose d'aller faire au moins une bonne heure de marche à pied,
119 c'qui serait plutôt bénéfique pour lui, il ose pas parce que déjà le regard des gens, et la peur
120 de s'essouffler rapidement rien qu'en marchant. Donc au final, j'ai beaucoup de mal à lui
121 faire faire une petite activité physique. Vraiment beaucoup de mal. »
- 122 « Ouais. Vous confirmez (en m'adressant à l'interrogé) ? »
- 123 « Non, c'est que... d'un côté aussi, j'aime pas le regard de la société, j'aime pas cette société-
124 là. Ça dépend des régions, par exemple cette région ici, vous laissez vos volets ouverts, les
125 gens vont regarder à travers quoi. Vous allez en Alsace, les gens verront même pas derrière
126 les volets c'qu'il y a. C'est 2 mentalités différentes quoi disons. J'sais pas, ils ont une
127 mauvaise mentalité ici. C'est c'que j'vois hein. Moi, chez nous dans notre ville, ils ont une
128 autre mentalité. Ils regardent pas derrière chez nous... ils voient pas c'qui se passe des
129 choses comme ça... Ça dépend des régions, des gens aussi ouais. »
- 130 « Et... Si on décrit le vécu lors des tentatives de perte de poids. Quel a été votre ressenti lors
131 de vos tentatives de pertes de poids ? »
- 132 « Mes tentatives... Ben j'pense c'était surtout, franchement, honnêtement... »
- 133 *Compagne* : « J'dirais la peur de pas réussir à perdre 1 kilo. De s'dire que ça sert à rien, que
134 c'est pas la peine, qu'il y arrivera pas. »
- 135 « Si y avait que ça, ça irait encore. »

- 136 *Compagne* : « Principalement c'est ça. »
- 137 « Et quoi d'autre alors ? »
- 138 « (silence) Bonne question. »
- 139 *Compagne* : « Le fait de réussir à perdre du poids, de s'dire qu'il va l'avoir perdu pendant un
140 certain temps et le reprendre plus tard en double ou en triple. »
- 141 « Et puis si j'arrête de fumer en même temps, ben la prise de poids elle va être encore plus
142 élevée. Parce que je fume quand même depuis l'âge de... de 14 ans à peu près. Donc si
143 j'arrête... Les gens qui arrêtent de fumer, ben il faut bien qu'ils se rabattent sur quelque
144 chose et si c'est la nourriture, ça va... ça va pas le faire. Du tout. Pour arriver à perdre du
145 poids, à arrêter de fumer et tout ça, et... maigrir en même temps, j'pense que... ben il faut
146 quelque chose quoi. Parce que c'est pas en étant sans activité, sans rien que... ça va nous
147 aider à grand-chose quoi. Donc j'pense que c'est c'qu'il me faut quoi hein. Et bon, comme
148 j'ai du mal à trouver ben... on s'rabat sur soi-même voilà, on broie du noir et puis c'est tout.
149 Et puis ben on s'rabat à quelque chose, donc à la nourriture, donc on mange, on mange, on
150 mange et puis bon. On devrait faire attention et... on oublie et puis hop ! Et puis les kilos
151 prennent, prennent et puis jusqu'à arriver à un certain niveau de poids après... on ressent
152 des difficultés physiques et après on sait que c'est pas bon quoi. On a des douleurs, des
153 choses comme ça, qu'on devrait pas avoir. Et je sais que c'est néfaste le surpoids pour la
154 santé quand même. J'me doute bien. Rien que le tabac déjà, c'est d'jà pas mal. Et le poids
155 encore plus quoi. Il faut faire attention mais bon moi j'dis ça mais j'le fais pas donc... »
- 156 « D'accord. Qu'est-ce que vous pourriez attendre de votre médecin généraliste concernant
157 le suivi du poids ? »
- 158 « Ben, d'jà s'il en fait un des suivis de poids. (rigole) D'jà si il s'intéresse un minimum. Qu'il le
159 montrait, pas qu'il dise... qu'il parle de ça comme si il disait « bonjour » et puis c'est tout,
160 non. Il s'rait p't-être temps qu'il... ouais qu'il... je sais pas qu'est-ce qu'ils ont comme suivi. »
- 161 *Compagne* : « Si c'est pour faire un suivi, j'pense que c'qui t'intéresserait, c'est qu'il puisse te
162 fournir des endroits ou des associations qui pourraient justement t'aider... »
- 163 « Ouais des p'tites choses, ouais »
- 164 « ... à te... à perdre du poids »
- 165 « pas un vulgaire document imprimé sur internet avec 10 pages et puis « débrouille-toi » »
- 166 *Compagne* : « genre une association ou plusieurs personnes qui sont dans le même état que
167 lui... »
- 168 « ou un organisme, ou un spécialiste ou quelque chose »

169 « ... où ils peuvent en parler entre eux. Et j’pense que ça pourrait déjà fournir une bonne
170 motivation pour essayer de perdre du poids. Rencontrer d’autres personnes qui sont comme
171 lui. »

172 « Bien. Et selon vous, comment il pourrait vous aider à perdre du poids... si on imagine en
173 consultation... »

174 « Ben je ne sais pas. Peut-être qu’il sait des choses que je ne sais pas. P’t-être qu’il a des
175 contacts, des personnes peut-être spécialisées dans ce domaine ou... ou autre chose qu’il
176 pourrait p’t-être me donner une adresse ou des informations, des choses comme ça. Donc
177 j’pense que ce serait déjà un bon début, ouais. Parce que je pense qu’il doit connaître
178 quelqu’un, des... des choses que l’on ne sait pas et qui pourrait peut-être m’aider. Ça, j’en
179 suis sûr. J’en suis sûr. »

180 *Compagne* : « Par exemple, comme quand quelqu’un pas très bien physiquement, qu’il les
181 envoie chez le kinésithérapeute. Il pourrait envoyer ces personnes par exemple dans un
182 endroit qui leur permettrait d’avoir une activité physique quotidienne même si ils sont au
183 chômage, pour les aider au moins à garder au moins une certaine forme physique. Un
184 endroit comme ça, comme une salle de sport ou un truc dans le genre. »

185 « J’ai des doutes hein. J’ai des doutes là-dessus hein. »

186 « Pour moi ce serait pas choquant, ce serait normal. On envoie bien les personnes qui sont
187 mal-à-l’aise physiquement ou... pas bien chez un kinésithérapeute, chez un psychologue,
188 quelque part. Pourquoi pas... ça ? Une salle de sport. Ce serait envisageable je pense pour
189 eux. »

190 « Et puis je sais qu’c’est... je sais que certains produits, le trois quart du temps c’est de la
191 malbouffe hein. Moi je... j’utilise je sais plus quel site là, c’est un calcul par un professeur et
192 qui vous dit si le produit est plus sucré ou pas gras ou s’il est mauvais ou pas selon les
193 produits. J’sais plus c’est quoi comme site. »

194 « Je crois que c’est OpenFastFood » *(en réalité Open Food Facts qui permet de comparer les*
195 *aliments de l’industrie via le nutriscore et les quantités relatives d’acides gras saturés et*
196 *sucres en fonction des indications sur l’étiquette, cette dernière étant ajoutée de manière*
197 *participative par les internautes)*

198 « Openfastfood. Donc en fait, c’est chaque produit qui est pris qui est analysé. Y a un calcul
199 d’un professeur, je sais pas qui. Et ça vous donne une note sur les produits si c’est très gras,
200 si c’est très sucré et puis y a une note. Et c’est vrai que c’est pas mal. D’ailleurs en plus elle
201 est connue et l’industrie elle veut pas mettre la note comme eux ils aiment pas. Pourtant le
202 monsieur il a raison j’pense. »

203 *Compagne* : « Son gros défaut, c’est que, moi je fais attention à la cuisine que je fais. Je fais
204 en sorte à ce qu’il est la portion qui lui convienne pour la satiété. Mais le problème, c’est

- 205 qu'une fois que j'ai le dos tourné... il va grignoter. Alors que j'lui dis « faut pas que tu
 206 grignotes, faut qu'tu arrives à tenir ou à manger un fruit, une pomme mais il le fait pas. »
- 207 « Ouais mais c'qu'elle vous dit pas, c'est qu'elle me dit ça mais elle le fait elle (*rires*) »
- 208 « Moi j'fais attention, j'essaie de manger des trucs... »
- 209 « Non mais j'plaisante. »
- 210 « ... pas gras. Des barres de céréales... des fruits, des compotes... »
- 211 « Ben de toute manière si on regarde la nourriture, le trois quart des trucs qu'on mange
 212 comme ça, les biscuits tout ça, généralement, y a du sucre à mort dedans, y a du gras en
 213 permanence. En ce moment, c'est la mode de rajouter du gras partout... dans les aliments,
 214 partout. Il suffit toujours de regarder l'étiquette derrière... On voit tout de suite que ben
 215 des... ils mettent plus de gras, plus de sucres, ben forcément plus de poids, plus de prix à la
 216 vente et etc... On n'est pas bêtes hein, c'est les industriels. »
- 217 « Si on prenait l'hypothèse du coup de... de consultations dédiées au poids où... avec les
 218 conseils, avec ces choses-là... est-ce qu'il vous semblerait difficile de consulter votre médecin
 219 généraliste pour le suivi du poids ? »
- 220 « Ben j'pense que oui parce que si il s'en fiche le médecin généraliste, j'vois pas qui pourrait
 221 aider, si il s'en fiche un p'tit peu hein... »
- 222 *Compagne* : « mais c'est dans l'éventualité que t'es un suivi constant par rapport à ton poids,
 223 est-ce que tu accepterais de le voir régulièrement justement pour vérifier si y a de
 224 l'avancement ou pas ? »
- 225 « Pourquoi pas. À essayer hein, qui ne tente rien n'a rien comme on dit hein. À voir. »
- 226 « Et pour quelles raisons il vous semblerait difficile donc de... de consulter pour le suivi du
 227 poids ? »
- 228 « Parce que j'y crois pas en le médecin généraliste. Franchement, honnêtement, j'vous l'dis,
 229 j'y crois pas. D'jà si à la base il... il fait aucun suivi il s'en fiche. Disons, admettons, y a un
 230 suivi, y a quelque chose, après faut voir c'qu'y a derrière. Pourquoi pas ? Si y a d'autres
 231 choses, y a des... des autres spécialistes, ou qu'il y a un truc plus détaillé, plus poussé.
 232 Pourquoi pas à la rigueur. Pourquoi pas. Moi j'demande qu'à voir. Mais bon. Entre c'qui est
 233 réellement et c'qui y aura finalement, y a 2 choses différentes hein. C'est à voir. »
- 234 « Bien. Alors bon écoutez on va arriver au bout de notre entretien. Est-ce que vous voyez
 235 d'autres choses à ajouter... sur le ressenti du suivi du poids ? sur les attentes par rapport au
 236 médecin ? sur d'autres choses qui vous viennent ? »

237 « Ah ben les attentes, elles sont grandes mais bon. On est quand même déçu quoi. Ben un
238 suivi va p't-être... va p't-être motiver, des choses comme ça. Mais comme y a rien, ben ça
239 motive pas du tout et l'attente, ben... ben elle est grande quoi. Et je pense pas que je suis la
240 seule personne dans mon cas. Je pense que y a beaucoup de personnes qui... qui ont un
241 problème de poids qui aimerait bien avoir un suivi mais y a rien... y a rien du tout. Y a zéro.
242 Alors est-ce que c'est par rapport à leur travail machin ou... Ils ont quand même pas mal de
243 pancartes, toutes sortes de trucs (*regarde les affichages du cabinet médical*) donc... C'est pas
244 évident de retenir tout à chaque fois mais... J'ai déjà posé la question après ben faut voir,
245 faut voir comment qu'ça va avancer plus tard hein. J'aimerais bien savoir. »

PATIENT 6

- 1 « Alors donc. Je refais le petit point. Comme convenu, on se rencontre aujourd'hui comme...
2 convenu donc pour que je vous interroge sur le vécu du suivi du poids chez le médecin
3 généraliste. Donc le but pour moi, c'est d'argumenter ma thèse de docteur en médecine.
4 L'entretien donc est enregistré mais on reste de manière totalement anonyme. Le but, c'est
5 effectivement d'être le plus proche de vos propos. Pour introduire un petit peu les choses,
6 je voulais voir avec vous quelle était votre histoire personnelle concernant l'évolution de
7 votre poids. »
- 8 « Euh, d'accord. Euh... Ça fait longtemps, j'dirais même depuis toujours où j'avais un peu...
9 d'embonpoint. Et puis ça s'est accentué avec le temps... Déjà de base, mon père avait pas
10 une alimentation extrêmement saine donc... j'ai dû suivre le mauvais exemple et... et c'est
11 au fur et à mesure que oui. C'est avec le temps surtout, oui... Que dire de plus... (*silence*)
12 Sinon, j'ai assez bien vécu la plupart du temps... oui. Je... ça s'est... j'dirais pas que c'est de la
13 banalité mais ça m'paraissait normal pour moi donc... ou, c'est... Oui voilà. »
- 14 « Quand vous dites depuis tout le temps, vous avez un âge ou... pas ? »
- 15 « Exactement... Ben j'me suis toujours connu comme ça et j'ai toujours eu l'impression
16 qu'on m'a connu comme ça. Donc je dirais p't-être à partir de 5, 5/6 ans où ça a commencé
17 à... j'étais un peu plus costaud que les autres j'pense. Et puis après, ça a toujours été comme
18 ça durant toute mon adolescence. Après j'ai eu des périodes fluctuantes où j'ai perdu puis
19 après j'ai repris... Oui, voilà. Ça varie. Mais... oui voilà. »
- 20 « Donc si j'comprends bien, vous m'dites, vous vous êtes toujours connu comme ça donc... »
- 21 « Oui, voilà. »
- 22 « C'est un peu comme ça que vous vous êtes toujours représenté. »
- 23 « Oui, voilà. »
- 24 « Et quel est votre vécu alors du suivi du poids chez le médecin généraliste ? »
- 25 « Euh... Alors , pour être dur, j'dirais qu'y en a quasiment pas... Il s'contente... Alors j'ai
26 toujours eu des médecins qui se contentaient de, d'alarmer mes parents, sur le fait que c'est
27 dangereux, que ça peut être dangereux, qu'il faut aussi, il faut être vigilant et... et sinon
28 alors j'ai mon médecin traitant qui m'a renvoyé vers un centre hospitalier spécialisé dans le
29 suivi de l'obésité qui est à Saint-Avoid - je ne me souviens plus du nom – et j'ai dû y passer
30 un mois où j'y allais régulièrement faire des tests... essayer de suivre un régime alimentaire
31 sans pour avoir, autant avoir des conséquences importantes ben... eu une évolution
32 importante sur ça... Sinon le médecin traitant m'a renvoyé vers des nutritionnistes... mais
33 également... sans pour autant suivre derrière les avancées mais se contenter de renvoyer

34 vers un médecin nutritionniste... et puis pareil... j'pense que c'est surtout quelque chose de
 35 personnel. C'est... ça peut pas venir de quelqu'un d'autre le... si on v... faut avoir la volonté
 36 personnelle pour le faire. C'est pas... c'est pas au médecin de s'mettre à notre place. Il peut
 37 nous donner des conseils mais c'est la seule limite. C'est la limite quoi, il peut pas faire le
 38 régime à notre place. Donc, des renvois vers, vers un... vers des nutritionnistes, un centre
 39 hospitalier, sinon de la, de la... comment dire... de l'information surtout, mais ça se limite à
 40 ça... sinon les entretiens avec les médecins, ouais. »

41 « D'accord... Qu'est-ce que l'excès de poids représente pour vous ? »

42 « ... Comment répondre à ça (*chuchote*)... Je sais pas. Comme j'vous dis, comme ça fait
 43 depuis toujours, pour moi, c'est, c'est, c'est la banalité, c'est-à-dire que... J'me sens pas
 44 différent. En plus j'ai eu de la chance de toujours avoir des gens autour de moi qui... qui ont
 45 pas fait de différence, qui m'ont pas insulté sur ça ou autre, qui m'ont pas injurié à ce
 46 propos. Donc, non. Ça... j'vois pas comme une différence, non. Pas, pas vraiment. J'ai
 47 toujours j'dirais si, bien vécu, oui, j'vais le dire bien vécu, oui. »

48 « Et si on parle du mot « obésité », est-ce qu'il y a... d'autres choses que ça évoque ? »

49 « ... Forcément le surpoids, la différence, quand c'est obésité, c'est que c'est pas bon. On
 50 entend souvent ça dans les médias donc c'est que c'est pas bon l'obésité, oui. Très tôt, on
 51 me parlait d'obésité, de surpoids, d'obésité morbide, j'ai entendu aussi. Je sais pas si ça me
 52 concernait mais j'en ai entendu le mot qui a fait, qui a fait un peu peur (*rires*) et... oui,
 53 forcément négatif le terme « obésité » forcément, oui. »

54 « Et selon vous en quoi le poids influence-t-il votre quotidien ? »

55 « ... Ben personnellement en rien parce que j'ai toujours pu faire du sport comme les
 56 autres... J'avais des performances équivalentes, j'ai pas senti de, de, de différence notable,
 57 non, vraiment. J'ai eu l'habitude de faire du sport depuis petit. Mes parents m'ont toujours
 58 fait faire du sport. Donc, non. Pas, pas de différence au quotidien, pas de difficulté en plus.
 59 J'suis pas à un point où j'peux plus me baisser, ou plus me lever, plus courir, marcher à être
 60 essoufflé, non. Je... me sens en bonne santé. Oui. J'me sens bien. Non, pas de... pas à ce
 61 niveau là de différent. »

62 « Bien. On en a parlé un tout petit peu avant. On va l'aborder donc, le thème de perdre du
 63 poids. Donc quels ont été tous les moyens alors au final mis en œuvre pour perdre du
 64 poids ? »

65 « Alors... ben... le régime alimentaire à base de... avec une alimentation variée, sans sucres
 66 et sans gras, en éliminant le gras... Donc, surtout ça. Beaucoup de sport. C'est important
 67 j'pense. Je pense que pour moi, c'est davantage le sport qui est plus important pour m'aider

68 que l'alimentation et... je m'en rends compte par exemple pendant les vacances, j'étais aux
 69 États-Unis chez d'la famille et mon alimentation était plutôt... j'dirais pas grasse mais...mais
 70 b... c'est les États-Unis quoi. Et j'devais marcher peut-être 15 kilomètres par jour sous 35
 71 degrés et j'ai senti que... et quand j'suis rentré, j'ai perdu 5 kilos, don... Et pourtant je faisais
 72 pas forcément attention à c'que j'mangeais. Donc c'est surtout au niveau du sport. J'en ai
 73 pas fait tant que ça des, des, des régimes au final. J'ai surtout le truc basique qu'on donne à
 74 tout le monde, c'est-à-dire... manger des légumes. Essayer d'en manger le plus possible et
 75 faire du sport à côté. »

76 « D'accord. Et... les moyens proposés par votre médecin généraliste alors ? Quels ont été...
 77 ces moyens-là ? »

78 « Ben justement donc le centre hospitalier, l'hospitalisation... Bon les conseils des nutri, des
 79 nutritionnistes avec des plats pour la semaine à faire mais... c'est pareil, c'est pas toujours
 80 évident. C'est pas toujours des plats qui sont... simples ou qui sont... ou qui tombent sur le
 81 sens d'avoir des... ou des ingrédients qu'on a pas toujours chez soi ou... qui peuvent être un
 82 peu plus chers ou... donc c'est par rapport aussi à mes parents qui, qui ont pas forcément
 83 toujours les moyens de m'offrir les aliments qui sont recommandés par la nutritionniste et
 84 puis...Voilà. J'me souviens plus trop bien de la question, pardon. »

85 « C'était les moyens proposés par le médecin généraliste... pour perdre du poids »

86 « Donc régime... régime avec la nutritionniste, avec un régime alimentaire pour... des plats
 87 pour la semaine à préparer. Et puis, sinon... oui j'crois que c'est tout. »

88 « D'accord. Quelles sont vos sources de motivation à perdre du poids ? Si y en a ? »

89 « Ben, la dernière et la plus importante j'pense, c'est... c'est la maladie de mon papa. Parce
 90 que le diabète... si je fais pas maintenant, si je réagis pas maintenant... ce sera le même
 91 chemin pour moi-même. Parce que le diabète donc c'était par rapport à son poids. Donc au
 92 début, au début il a eu un diabète... il a eu un problème aux yeux. Après bon maintenant...
 93 maintenant c'est les reins, insuffisance rénale avec un traitement donc... Il a jamais suivi les
 94 conseils. Le médecin traitant lui a... lui a donné beaucoup de conseils, l'a informé beaucoup,
 95 lui dire de faire attention à c'qu'il mangeait mais il a toujours... il en a toujours fait qu'à sa
 96 tête donc... Si j'réagis pas maintenant, après ce sera sans doute aussi trop tard pour moi. »

97 « D'accord. Et d'un autre côté du coup, quelles seraient les contraintes alors que représente
 98 la perte de poids pour vous ? »

99 « ... de changer de vêtements ! (*rires*) de devoir racheter des vêtements, non. Ben y en a pas
 100 vraiment en fait en soi. Y a plutôt plus d'avantages que de contraintes. Vu, vu les modèles
 101 que veut la société, ... être fin c'est plutôt... ça correspond davantage à la société qu'on veut

102 actuellement que l'obésité dans la société. C'est... non j'vois pas de contraintes en soi, non.
 103 Peut-être se priver, à la limite oui, la privation. Mais... Mais c'est un mal pour un bien. Faut
 104 voir à long terme quoi. »

105 « D'accord. La privation, alors. »

106 « Oui. »

107 « C'est-à-dire ? »

108 « Ben les p'tits plaisirs, les gâteaux... les hamburgers je n'sais pas les restaurants. Ça passe à
 109 côté de ça peut-être, oui. »

110 « D'accord. Et... Donc y a quand même eu un moment donné une hospitalisation, donc une
 111 tentative aussi à ce moment-là de perte de poids. Quel a été votre ressenti lors de ces
 112 tentatives de perte de poids ?" »

113 "J'ai remarqué que à chaque fois où j'avais pas de motivation, ça servait à rien. Donc là
 114 c'était sûrement... j'étais jeune ça fait un moment déjà et j'avais pas de motivation qui
 115 suivait derrière. J'avais peut-être pas conscience à l'époque de l'importance que ça avait
 116 et... et j pense que c'est avant tout personnel et que c'est une question de motivation. Si y a
 117 pas de motivation, ça sert à rien, on peut faire tout c'qu'il faut mais ça, ça, ça ne donnera
 118 rien. Donc j pense qu'à l'époque, j'étais pas motivé et... c'est pour ça qu'ça a, ça a rien
 119 donné. Contrairement à aujourd'hui."

120 "D'accord. Et pas motivé... si on va plus proche du... du ressenti à ce moment-là y avait...
 121 qu'est-ce que vous en pensiez alors à ce moment-là du coup ? Quel était votre vécu de..."

122 "Ben comme j'vous dis j'étais jeune pour moi j pense. Ça m'paraissait... j me suis jamais senti
 123 différent, j le répète mais... donc c'était banal pour moi... J'savais même pas pourquoi j'étais
 124 là. Je comprenais pas pourquoi. C'est mes parents qui ont... Ma mère a toujours eu peur
 125 pour moi, par rapport à ça. Donc elle a toujours fait en sorte que... de faire, d'essayer de
 126 faire quelque chose pour m'aider et je comprenais sûrement pas pourquoi j'étais là.
 127 Pourquoi moi alors que pour moi j'étais comparable aux autres enfants. Pourquoi moi j'irais
 128 dans un centre pour perdre du poids alors que je... je sentais pas le besoin, j'en sentais pas
 129 le besoin. J'comprenais pas quoi."

130 "D'accord. Qu'est-ce que vous pourriez attendre, qu'attendez-vous de votre médecin
 131 généraliste concernant le suivi du poids ?"

132 "Ben au vu, au vu de, de mon expérience... passée, j'vais être honnête, pas grand-chose,
 133 pas...non. Hormis peut-être m'orienter vers une nutritionniste ou m'alermer sur des choses

134 que je sais déjà... pas grand-chose non, non, non. Surtout que maintenant... y a une sorte de
 135 vulgarisation de la, de la médecine, donc sur internet, je peux avoir un peu près la même
 136 chose que je pourrais avoir chez mon médecin traitant, même si parfois c'est pas forcément
 137 fiable. Mais j'pourrais avoir la même chose."

138 "Et selon vous alors, comment... comment il pourrait vous aider, au cours des consultations,
 139 à vous motiver à perdre du poids ?"

140 "(*soupir*) Je... Je... Peut-être... C'est compliqué d'avoir, d'être derrière tous ses patients pour,
 141 pour lui. Il peut pas être derrière tout le monde. Donc c'est... je ne sais pas si ça relève
 142 vraiment de son rôle, vraiment. Je n'sais pas... Mon médecin qui m'avait envoyé vers un
 143 centre, c'était déjà bien j'trouvais. Donc peut-être un... plus au niveau de, de, de personnes,
 144 de personnes spécialisées et uniquement qui se chargent de ça donc peut-être une
 145 nutritionniste qui devrait avoir un rôle plus important mais en soi le médecin traitant, je, je
 146 vois pas c'qu'il peut faire de plus ou c'qu'il devrait faire de plus. Non pas, pas, pas trop.
 147 (*silence*) Continuer à alarmer en tout cas, c'est déjà important et pour certains, ça peut faire
 148 un déclic. Je pense, ça peut-être, ça aide déjà à prendre conscience de la dangerosité."

149 "D'accord. Et pour quelles raisons vous semble-t-il difficile de consulter... le médecin
 150 généraliste pour le suivi, pour un suivi du poids ?"

151 "... Parfois, j'ai eu l'impression qu'y avait un jugement, c'est-à-dire que ça restait pas neutre,
 152 y avait un jugement de valeur de... sur le fait qu'il soit obèse et... et c'est pas forcément
 153 évident... donc, du coup d'en parler. Parce que... Se faire juger, c'est pas forcément agréable
 154 par rapport à ça. Donc ça peut repousser à aller voir un médecin traitant pour lui en parler
 155 quoi. Oui. J'pense."

156 "Et vous ?"

157 "Ben par exemple, j'me souviens que... c'est pas mon médecin traitant mais... mon ORL –
 158 parce que j'avais un tympan percé qu'il m'avait opéré - et sur la table d'opération, il m'avait
 159 dit "vous ressemblez à un patient de 70 ans" par rapport à mon poids. Il m'avait dit ça.
 160 Donc... J'dis pas qu'ils sont tous pareils mais, mais rien qu'ça, ça fait qu'un, un certain, une
 161 certaine méfiance à l'égard des médecins en général et j'pense que c'est pour ça... Je me
 162 vois plus en parler avec mes parents, avec ma famille qu'avec une personne que je connais
 163 pas et que... et si en plus, dont certains ont un jugement, c'est pas agréable."

164 "Bien. Maintenant qu'on a fait un peu le tour des questions, est-ce que y avait d'autres
 165 choses que vous voyez que vous aviez envie d'évoquer concernant... concernant le poids,
 166 concernant le vécu en général ? »

167 « *(soupir)*... Je ne sais pas... Que dire de plus ? Non... Non. *(rires)* Que c'est avant tout
168 personnel, je je sais pas. Oui, c'est une démarche personnelle j'pense vraiment, vraiment,
169 sincèrement, c'est... Pour moi, c'est une démarche personnelle. J'ai beaucoup... j'ai
170 beaucoup d'amis qui étaient dans la même situation et c'est avant tout un déclic, un déclic
171 chez soi qui aide, vraiment. On peut... Le médecin traitant aura beau faire tout c'qu'il veut et
172 tout c'qu'il peut, si derrière en plus la famille aide pas aussi, j'pense c'est important aussi.
173 Moi j'avais la chance que ma mère m'a toujours soutenu, m'a aidé... par rapport à ça et
174 m'a... m'a rappelé de faire attention et tout ça mais si y a pas de soutien en plus derrière la
175 famille, c'est encore plus compliqué j'pense aussi. Donc... le médecin traitant a un rôle limité
176 j'pense par rapport à ça. »

177 « Et que penseriez-vous alors à ce moment-là de... de consultations répétées ? »

178 « Oui »

179 « d'un suivi au final ? »

180 « Avec u... Avec par exemple noter le poids qui a été pris entre temps... demander les plats
181 qui ont été... qui ont été mangés durant la semaine, oui, j'pense que ça pourrait être une
182 bonne idée. Encore faut-il que ce soit faisable parce que j'pense que le médecin traitant a
183 beaucoup de travail, mais oui, oui, faire un suivi j'pense que ce serait pas mal ouais. Oui, ce
184 serait une bonne idée. »

PATIENT 7

1 « Bien, donc le... Pour le p'tit point donc, comme j'disais : on s'rencontre aujourd'hui comme
2 convenu pour que j'vous interroge sur le vécu du suivi du poids chez le médecin généraliste.
3 Donc le but pour moi, c'est d'argumenter ma thèse de docteur en médecine. L'entretien est
4 enregistré mais on reste de manière totalement anonyme. Pour introduire un p'tit peu les
5 choses, j'voulais voir avec vous quelle était votre histoire personnelle concernant l'évolution
6 de votre poids ? »

7 « Alors... Quand j'étais... bon quand j'avais... quand j'devais avoir... 6/7/8 ans, 9 ans et demi,
8 une période comme ça, j'étais extrêmement maigre. Je me souviens pas pourquoi est-ce
9 que je voulais pas manger, ma mère me le disait souvent. Lorsque j'ai déménagé au
10 Luxembourg - parce que je vivais au Luxembourg avant – j'ai déménagé vers 8 ans et là j'ai,
11 j'ai repris du poids. Sauf que après au bout de... de plusieurs années, j'ai eu des soucis un
12 peu par... un peu partout entre les déménagements, les différents problèmes entre c'qui
13 concerne ma famille et tout. J'ai pris beaucoup d'poids et du coup j'.. J'ai fini par ne plus...
14 avoir d'estime pour moi-même. Et du coup, ça fait déjà, je pense, 5 ans ou 4, 4 ou 5 ans que
15 j'vais voir... des diététiciennes, sauf que à chaque fois, je n'arrivais pas à faire les choses
16 correctement à cause justement des différences aussi que... que j'ai. Et là, du coup cette
17 année, j'ai encore décidé d'en voir une et là, ça a eu des résultats. Bien que maintenant,
18 depuis quelques semaines, ça... ça stagne, encore une fois à cause des problèmes... donc
19 voilà. On va dire quand j'étais p'tit, oui j'étais très maigre et progressivement j'ai grossi et
20 j'ai même plus que c'que j'devais... de c'que j'devais grossir. Voilà »

21 « des éléments déclencheurs ? »

22 « Ces derniers mois, j'ai vu que depuis que j'ai vu ici la diététicienne, que je viens ici depuis 4
23 mois, là j'ai perdu quand même pas mal de poids donc.... »

24 « Bien. Qu'est-ce que l'excès de poids représente pour vous ? »

25 « Alors... Bonne question (*en chuchotant*)... L'excès de poids en soi-même, ça ne me gêne
26 pas, c'est plutôt que, en ce qui me concerne, le regard que je porte sur moi-même, il est très
27 négatif. Mais le fait d'être en soi en excès de poids, ça m'évoque rien du tout... C'est plus...
28 Parce qu'en fait, ce n'est pas parce que j'ai du... du excès de poids que... qui m'dérange.
29 C'est plutôt le... le... mon apparence physique qui m'dérange. Et elle est combinée à
30 d'autres choses donc... elle n'est pas que reportée sur le... sur le poids, ou du moins sur
31 l'apparence. »

32 « D'accord. C'est votre apparence physique donc qui pose... qui vous pose plus souci ? »

33 « (*approbation*) »

34 « Et, y a une raison ou... ? »

35 « Pfff... En fait, c'est genre y a des raisons mais elles sont trop, trop, trop superflues parce
36 que j'ai pas eu spécialement de... de soucis à l'école par rapport à ça, c'est juste que je
37 m'suis dit très tôt que... que... ce monde il fonctionne un peu comme ça genre oui ben... la
38 culture de l'image avant tout et après j'me suis mis ça dans la tête. C'est depuis plusieurs
39 années. J'pense, ça doit faire 7 ans que j'pense comme ça du coup... Voilà, bah ça c'est... Et
40 progressivement, ça a empiré mais ça n'venait... la plupart du temps ça ne venait que de
41 moi... J'ai rencontré une fois... enfin y a eu pendant une période où j'ai... comment dire, que
42 j'ai fréquenté quelqu'un que je considérais comme un ami mais qui était en fait un pervers
43 narcissique. Au bout de 2 ans, j'm'en suis débarrassé mais ça n'a pas contribué à... à avoir
44 une meilleure image de moi. »

45 « Si on aborde un peu donc le thème de perdre du poids en général, quels ont été tous les
46 moyens que vous avez essayés pour perdre du poids ? »

47 « ... J'ai... bon étant donné que j'n'ai pas essayé de perdre du poids tout seul quand je
48 n'avais pas de diététicienne, donc là j'ai respecté que à chaque fois, quand j'allais chez la
49 diététicienne, j'essayais de faire c'qu'elle me disait donc à savoir... essayer d'avoir... un...
50 disons... un régime sans forcément se priver de quoi que ce soit mais plutôt se baser sur...
51 comment dire... des aliments qui ne... qui au bout d'une journée ne dépasse pas une... un
52 montant des calories que j'devais manger et bien sûr mettre du sport avec et j'ai essayé de
53 toujours faire ça et une consommation beaucoup plus grande et régulière d'eau. »

54 « D'accord. Bien. Quelles sont globalement les sources de motivation... à la perte de poids
55 ? »

56 « J'dirais... Ben déjà de... disons de m'projeter dans l'avenir, que forcément si je... si je
57 change physiquement, les choses iront mieux et le truc, c'est que y a eu je pense 2 ans,
58 j'avais perdu pas mal de poids que j'ai après retrouvé... quelques temps après mais...
59 pendant cette période-là, je voyais que ça changeait et j'allais en général mieux. Donc ma
60 source de motivation, elle était surtout là-dessus parce que étant donné que je sais que, que
61 ça va mieux quand je perds du poids, ou du moins quand y a quelque chose qui change... la
62 motivation elle arrive toute seule. Donc c'est surtout ça qui me motive. »

63 « D'accord. On en revient encore à l'apparence, c'est ça ? »

64 « Oui. »

65 « Et d'un autre côté alors, les contraintes. Quelles sont les contraintes que représente la
66 perte de poids ? »

67 « Les contraintes... J'me suis pas posé la question parce que quand j'perds du poids et tout
 68 ça j'vois pas... enfin si les contraintes, ben c'est les problèmes en fait j'dirais... que, que j'ai.
 69 C'est surtout ça qui m'empêche de perdre du poids, c'est..., c'est... c'est quand j'ai plusieurs
 70 soucis et en plus c'est des soucis qui s'entremêlent, donc qui ne sont pas du tout faciles à
 71 résoudre ou qui sont tout simplement impossibles à résoudre. Comme par exemple le fait
 72 que je n'aime pas être de petite taille et ça, c'est un problème que malheureusement, je ne
 73 peux pas résoudre et ça, ça fait partie de ces problèmes qui... qui me démotivent pour
 74 ensuite faire... ce que j'dois faire pour perdre du poids. Et c'est un cercle vicieux parce que
 75 c'est justement le fait que je ne perde pas de poids qui me rend encore plus mal et étant
 76 donné que je suis mal, je ne perdrai pas de poids. Donc, c'est surtout ça la contrainte, c'est
 77 les problèmes que j'ai et qui sont entremêlés. »

78 « D'accord. Les problèmes que vous avez, c'est-à-dire, c'est... c'est un peu d'ordre... »

79 « C'est... »

80 « d'ordre... d'ordre psychologique ? D'ordre... c'est quoi ? C'est... »

81 « C'est. En fait, c'est un peu de tout, c'est un peu tout mélangé, c'est... c'est... les problèmes
 82 de famille, c'est les problèmes financiers en relation avec la famille, c'est les problèmes de...
 83 d'auto-estime que... que j'ai... C'est des fois les problèmes que j'avais à l'école. Là,
 84 actuellement j'ai pas beaucoup de soucis au niveau de mes études à l'université mais... ça
 85 faisait partie de mes soucis et c'était vraiment... c'est aussi bien d'ordre psychologique que
 86 physique tout ça, donc... c'est tout un tas de problèmes qui ne se rejoignent pas forcément
 87 mais qui s'entremêlent et qui deviennent difficiles à résoudre. Donc, voilà. »

88 « Quel a été du coup votre ressenti lors des... des tentatives là de perte de poids ? »

89 « J'étais motivé... pour le faire, parce que je voyais des diététiciennes et j'étais un peu
 90 rassuré par rapport à ce que... à ce que... à ce qu'elles me disaient. Et du coup... on va dire
 91 de l'appréhension un peu au début mais aussi du... comment dire... une motivation aussi.
 92 Donc un peu des 2. Et bien sûr, vu... plus il y avait des résultats et plus j'avais le sentiment
 93 que... que j'pouvais le faire et que du coup en général, ça allait mieux. Parce que bon le
 94 problème, le problème... sur le physique que j'ai... mon estime et tout, on va dire c'est la
 95 majorité de... on va dire la plus grosse partie de mon problème c'est ça et bien sûr étant
 96 donné que je réglais ce... ce gros problème, en général, ça allait bien. »

97 « Du coup, quand je vous entends, quel problème se règle en premier alors ? Le poids ou
 98 l'estime de soi ? »

99 « ... Ce serait le poids. Pour moi, c'est le poids, même si en fait... ma psychologue, elle me dit
 100 que il faudrait déjà que je m'accepte tel que je suis maintenant, mais... moi non étant donné

101 que moi je veux changer, je... je n'ai pas envie de m'accepter tel que je suis maintenant. Je
 102 lveux pas. J'ai déjà beaucoup réfléchi, on a déjà parlé de but en blanc, tout ça, mais je
 103 nveux pas. Donc j'dirais que le premier problème à résoudre pour moi, c'est, c'est le poids.
 104 Parce que j'ai déjà eu la preuve que... que c'était ça qui... qui améliorerait le problème. C'est
 105 pas comme si j'me faisais une idée de c'qui allait arriver puisque j'ai déjà perdu avant... on
 106 va dire une dizaine de kilos, que ça s'voyait et donc, étant donné que j'ai la confirmation de
 107 cela, pour moi, c'est le poids. »

108 « Bien. Maintenant, on va s'intéresser un p'tit peu du coup... au suivi avec le... avec les
 109 médecins, avec le médecin généraliste. Quel... Quel est votre vécu du suivi du poids chez le
 110 médecin généraliste ? »

111 « ... étant... J'arrivais à chaque rendez-vous... j'arrivais à perdre du poids. C'qui veut dire que
 112 j'allais... que j'étais content ou alors si j'ne... si j'ne perdais rien mais que j'ne gagnais rien
 113 non plus, c'était... j'étais rassuré, donc ça allait. Quand j'en perdais, forcément j'étais
 114 content, mais y avait une ou 2 fois où j'en... où j'en prenais un peu et là c'était encore une
 115 fois dû aux autres soucis... et là j'allais extrêmement mal. Donc c'est surtout ces 3 ressentis
 116 là que... que j'avais en fonction du rendez-vous. »

117 « D'accord. Et... pendant les consultations, le fait de devoir monter sur la balance... est-ce
 118 qu'il y avait un ressenti particulier ou ... ? »

119 « C'est l'appréhension, j'dirais. Avant tout. Donc la peur de... de... de savoir si j'ai perdu du
 120 poids ou pas. C'est surtout ça. Au moment de la montée... de monter sur la balance, c'est le,
 121 le, le grand stress. Et surtout que étant donné que je suis quelqu'un de négatif à la base,
 122 j'me dis jamais "oui j'vais... j'suis sûr, j'ai bien fait les choses alors j'vais perdre du poids." Et
 123 j'me dis jamais ça donc... »

124 « Qu'attendez-vous de votre médecin généraliste concernant le suivi du poids ? »

125 « J'dirais que... qu'elle fasse comme d'habitude. Mon médecin généraliste, qu'il fasse
 126 comme d'habitude, comme j'suis en train de faire maintenant donc qu'il m'conseille
 127 différentes choses, que quand j'ai disons différents soucis ou différentes questions, que
 128 j'obtienne une réponse et comme c'est le cas... disons que j'm'attends pas plus parce que le,
 129 le plus gros du travail, ça vient de moi (*avec le sourire*) surtout. Donc... c'n'est pas que
 130 j'attends rien de mon médecin mais il m'apporte déjà c'que j'ai besoin et du coup... c'est
 131 plutôt moi qui doit faire... le reste. »

132 « D'accord. Donc il vous apporte ce dont vous avez besoin donc en conseil... »

133 « Donc la réponse aux... la réponse aux questions et les différents conseils et si jamais y a
 134 quelque chose qui ne fonctionne pas. »

135 « De quel ordre alors ? »

136 « J’dirais que, par exemple... lors des derniers rendez-vous, j’avais... j’ai reçu comme conseil
137 la... la dégustation en toute conscience. Donc le fait de prendre... de prendre le temps de
138 déguster quelque chose qui n’est pas forcément bon pour la santé mais que, mais que en le
139 faisant, je peux réduire l’envie d’en prendre davantage. Ça, c’était un conseil que j’ai reçu
140 récemment dont je n’étais pas au courant donc... ça, ça fait partie des... des bons conseils
141 que je reçois de la part de mon médecin. »

142 « D’accord. Et... selon vous, comment il pourrait vous aider autrement à perdre du poids ? »

143 « C’est... la consultation chez le psychologue. Elle travaille... en lien, en parallèle avec le
144 psychologue, parce que étant donné que... il ne suffit pas que j’ai les conseils pour perdre du
145 poids. J’ai aussi besoin d’un suivi psychologique. Et du coup l’autre moyen... du coup l’autre
146 moyen c’est ça. C’est... le fait de travailler en lien avec le psychologue et de fonctionner... de
147 travailler en fonction de ce que j’ai besoin... Voilà. »

148 « D’accord. Et... Pour quelles raisons il vous semblerait difficile de consulter votre médecin
149 généraliste pour le suivi du poids ? si y en a ? »

150 « ... Moi personnellement je n’en ai pas. Moi j’dirais que les seules contraintes, c’est... ça
151 vient dans l’aspect... des transports et tout ça. Ici, je n’en ai pas. Je n’ai pas ce genre de
152 contrainte. Mais j’ai déjà eu avant la contrainte de... du, du Justement de pouvoir y aller.
153 Donc les problèmes avec le train, les problèmes avec les retards... Donc c’est plus, des
154 problèmes dans cet aspect-là. Mais sinon... actuellement je n’en ai aucun. »

155 « D’accord. Donc c’est les soucis d’ordre matériel quoi finalement... »

156 « Oui, voilà. C’est d’ordre matériel là pour consulter, je... je n’ai pas »

157 « de temps ou... »

158 « Oui voilà c’est ça et je n’ai pas du coup, je n’ai pas spécialement de... de contraintes pour
159 consulter, en tout cas actuellement. »

160 « D’accord. »

161 *FIN du guide d’entretien ...*

162 « Euh j’dirais tout simplement que c’est... quand on a des... disons beaucoup de problèmes à
163 côté, c’est vraiment pas évident. Les... Disons que... Les explications comme quoi on doit
164 faire telle et telle choses sont évidentes. Elles ne sont pas forcément difficiles. Mais quand
165 on a... beaucoup de soucis à côté, ça le devient beaucoup plus. Donc c’est des explications

- 166 faciles..., un résultat... enfin facile, après ça dépend bien sûr des gens. Mais pour moi, c'est
167 évident de c'que j'dois faire, mais avec les soucis, ça l'est beaucoup moins. Mais sinon,
168 c'est... c'est tout. »
- 169 « D'accord. »

PATIENT 8

1 « Donc on se rencontre aujourd'hui comme convenu pour que je vous interroge sur le vécu
2 du suivi du poids chez le médecin généraliste. »

3 « Oui. »

4 « ... Le but pour moi, c'est d'argumenter ma thèse de docteur en médecine et... et donc
5 l'entretien est enregistré mais on reste de manière anonyme. »

6 « D'accord. »

7 « Pour introduire un petit peu les choses, j'avais voulu savoir un p'tit peu quelle était l'évolution
8 de votre poids... au cours de votre vie ? »

9 « Oui. Alors j'ai pris tout le poids superflu... que j'ai actuellement, après ma grossesse. J'ai
10 pris beaucoup de poids et ensuite je ne l'ai pas perdu et j'en ai repris encore plus puis après
11 j'ai fait un régime... complètement idiot. Le régime protéiné sachets, vous savez ? Je sais pas
12 si vous connaissez. Au lieu de manger, c'est des sachets de soupe... enfin de choses
13 vraiment... en plus... j pense que sur le plan nutritionnel, ça vaut rien du tout mais ça vous
14 fait perdre, c'est spectaculaire. Et en fait quand on est en demande de perte de poids, on n'a
15 pas de patience. Donc quand vous perdez énormément en peu de temps, vous avez
16 l'impression que c'est miraculeux. C'est un piège absolu parce qu'après vous reprenez tout
17 et plus voilà. Et donc depuis la grossesse voilà je suis en énorme surpoids, voilà et... et puis je
18 n'arrive pas à m'en débarrasser. J'avais un poids tout à fait... j'ai jamais été maigre mais
19 j'avais un poids tout à fait normal... Et donc voilà depuis 14 ans que j'ai eu mon fils, je
20 n'arrive pas à me débarrasser de ce surpoids, qui est un gros surpoids. Voilà. Donc c'est ça. »

21 « Qu'est-ce que l'excès de poids représente pour vous ? »

22 « Beaucoup de choses. A la fois sur le plan esthétique, on ne se reconnaît pas. On est enlaidi.
23 On est... on n'est plus nous-mêmes... enfin moi je ne suis plus moi-même. Je ne me
24 reconnais pas. En plus y a l'âge qui prend aussi sa part là-dedans. Donc sur le plan de
25 l'estime de soi vraiment, c'est, c'est très très difficile à vivre. Et puis y a l'aspect... comment
26 on peut dire... la santé, qui est quand même... affectée par ce surpoids. »

27 « Dans quel sens alors ? »

28 « Ben alors par exemple, on a mal aux genoux ou on arrive plus à courir comme il faut ou on
29 s'essouffle vite, vous voyez des choses comme ça. Et... moi c'qui m'a... alors peut-être
30 j'anticipe sur c'que vous allez me demander après. Moi c'qui m'a décid... Alors j'ai fait
31 plusieurs tentatives avec des nutritionnistes, avec des gens qui sont soi-disant spécialistes de
32 ça, bon. J'ai même vu un nutritionniste qui m'a dit que je ne perdrai pas de poids parce qu'il
33 n'était pas Dieu. DIEU : D-I-E-U avec une majuscule. Je vous donne la citation telle quelle

34 « vous ne maigriguez pas parce que je ne suis pas Dieu » Voilà. Alors, bon, ça... j'pense que ça
35 reste ancré quand même. Voilà. Donc j'en ai vu plusieurs jusqu'à cette nutritionniste donc
36 qui utilisait ses sachets protéinés. Alors il faut prendre plein de compléments alimentaires.
37 Enfin c'est vraiment... On a mal à la tête les 3 premiers jours parce qu'on est privé de tout
38 enfin c'est vraiment... rétrospectivement, je trouve ça ahurissant et effrayant mais bon voilà.
39 Et donc c'qui m'a déterminé à essayer de maigrir avec mon médecin traitant, c'est que il y a
40 une hérédité d'hypertension dans la famille et qu'évidemment la ménopause plus le
41 surpoids, c'est des facteurs aggravants ce genre de choses. Donc cardiologue, etc. et puis...
42 moi j'ai pris un peu comme une menace la possibilité de prendre un traitement. Mon
43 médecin traitant est homéopathe. Bon elle utilise les antibiotiques, elle fait les vaccins
44 quand il faut etc... mais elle a une base d'homéopathie. Et moi, je suis un « enfant
45 homéopathie », c'est-à-dire que dès l'âge de 4 ans, mes parents m'amenaient voir un
46 médecin homéopathe. Donc y a 50 ans hein, c'était... c'est pas d'aujourd'hui. J'ai eu tous les
47 vaccins, y avait les antibiotiques à la maison mais notre base, c'est vrai, c'était
48 l'homéopathie. Et devenant plus âgée, j'ai cherché à garder un médecin homéopathe qui
49 avait les 2... comment, compétences, je sais pas si on peut dire ça, qui utilisait les 2 voies et
50 donc les traitements chimiques... vraiment je suis assez réticente, j'aime pas trop. Alors, je
51 peux vous parler vraiment très sincèrement puisque votre métier ce sera d'être médecin.
52 Même la pilule, moi j'aimais pas prendre ce truc-là. Et je l'ai prise très peu de temps.
53 Vraiment je l'ai prise quand j'étais toute jeune vous savez, on s'dit « oh, on est grande, on
54 est adulte, on prend la pilule » et tout ça. Ah mais ça m'allait pas du tout. Puis ça... j'étais pas
55 bien, ça me rendait malade. Enfin j'étais pas à l'aise et l'idée de manger un, un... quelque
56 chose de chimique ne me convenait pas. Vous voyez, vraiment. Même ça, ça me dérangeait.
57 Alors, le traitement contre l'hypertension qu'on m'avait recommandé chez le cardiologue.
58 Ça m'a vraiment affolé. Je... j'avais pas envie. Et puis si on prend un traitement, c'est qu'on
59 est malade. Enfin vous voyez, y a tout ce, tout cet aspect raisonnement psychologique qui
60 est peut-être pas le bon mais qui en tout cas qui existe quand même. Donc je suis allée voir
61 mon médecin traitant et je lui ai demandé si elle pouvait... si elle acceptait de me suivre dans
62 ma perte de poids. Voilà. Et elle m'a dit oui et j'en étais vraiment très soulagée, parce que
63 je... je ne me voyais pas faire autrement. Je ne serai pas allé voir un autre nutritionniste ou...
64 J'avais pas envie. Parce qu'on entend toujours les mêmes choses en réalité chez les
65 nutritionnistes, on entend toujours la même chose. En plus, au bout d'un certain âge, bon on
66 sait très bien que pour maigrir, ben il faut pas manger... certaines choses... enfin voilà. Et,
67 l'aspect médical chez le médecin, je trouvais ça... ben comment vous dire. La perte de poids
68 devenait quelque chose de... oui de médical. C'est-à-dire, y avait vraiment un lien avec la
69 santé. Même si l'aspect esthétique évidemment compte beaucoup. Et comme en plus c'est
70 une femme, j'pense que elle comprend ça aussi très bien. En tout cas comme une femme le
71 ressent. Et alors, elle a accepté et ça m'a vraiment convenu. J'étais très soulagée qu'elle
72 accepte. Vraiment. Là j'ai fait une petite interruption, mais j'y vais tous les mois. Donc une
73 fois par mois. Elle me pèse. Je lui explique ce que j'ai fait, ce que je n'ai pas fait, ce que je

74 n'ai pas réussi à faire. Elle fait le bilan avec moi. Elle me donne mes objectifs pour le mois à
 75 venir... Alors pas mes objectifs en termes de perte de poids mais mes objectifs en termes de
 76 comportement alimentaire. Voilà. Et, elle a accepté aussi une petite... - je sais pas comment
 77 dire ça – une petite faveur que je lui ai demandé, c'est de me peser mais de ne pas me
 78 donner mon poids. C'est-à-dire que je ne sais pas, je ne veux pas savoir combien je pèse. Je
 79 ne veux pas. Je... Ça me bloquerait je pense et elle a compris ça. Elle a accepté de m'aider en
 80 faisant cette petite concession au suivi médical de mon poids. Et ça je lui en suis très
 81 reconnaissante parce que ça m'a débloquée un peu vous voyez. C'est-à-dire... oui vous devez
 82 connaître le système Weight Watchers... bon. Alors, vous passez à la pesée... J'ai vraiment
 83 l'impression que c'est ça. Passer à la pesée, on note « ah vous avez nanani nanana... » et ça
 84 vraiment ça me déplaisait beaucoup. Vraiment ça me déplaisait beaucoup et puis j'ai pas le
 85 tempérament comme ça à accepter que n'importe qui montre mon poids mais mon médecin
 86 c'est autre chose hein. Et voilà. Et moi je lui suis très reconnaissante qu'elle est acceptée
 87 cette méthode-là. Après moi je... sur moi c'est c'qu'il faut... bon. Et puis je pense qu'un autre
 88 médecin n'aurait peut-être pas accepté mais si un autre méd... Voilà, j'aurais plus de mal
 89 peut-être avec un médecin qui n'aurait pas accepté ça : à venir tous les mois expliquer... où
 90 j'en étais, à entendre aussi plus facilement que ce que j'avais fait n'étais pas bien, que
 91 j'aurais pu faire autrement. Ou de vous dire : « bon maintenant il faut vous prendre un peu »
 92 etc... mais elle n'a jamais été autoritaire. Jamais. Alors ça, moi, c'était rédhibitoire. Jamais
 93 été autoritaire, très compréhensive... Elle m'a dit les choses... ce qu'elle a à me dire, elle me
 94 le dit très simplement. Pas brutalement, mais elle me le dit. Ouais, elle a quelque chose à
 95 dire, elle me le dit. Et moi, ça, ça me va. Et... et voilà et je, je... moi, ça me convient. Donc j'ai
 96 perdu 6 kilos en un an comme ça. Alors ça peut paraître peu, mais j'me dis que les 6 kilos
 97 j'les ai plus. Voilà et que si, si c'est un rythme... Je ne pourrais pas, je le sais, suivre un régime
 98 draconien. J'ai pas assez de volonté pour ça. Je n'y arriverai pas. J'ai arrêté de fumer de moi-
 99 même il y a 15 ans, 16 ans... voilà de moi-même. Donc j'ai pas de mérite parce que ça m'a
 100 pas manqué et ça me manque toujours pas. Mais la nourriture, c'est plus difficile. Ouais,
 101 voilà. Je suis gourmande. J'aime bien c'qui est bon et c'qui est bon, c'est pas les carottes à
 102 l'eau, il faut bien se le dire. Non hein ? C'est vrai ? Voilà. Et... oui alors 6 kilos en un an, voilà.
 103 C'est pas grand-chose, mais au moins je ne les ai plus. Voilà. Voilà. Je sais pas si vous voulez
 104 d'autres précisions... »

105 « Justement, j'vais rebondir là sur le thème de perdre du poids. Vous avez perdu donc 6 kilos
 106 vous me dites. Qu'est-ce... Qu'est-ce qui a motivé à perdre du poids du coup ? »

107 « Oui et bien c'est surtout la peur de l'hypertension. »

108 « Surtout ça ? »

109 « Oui. Parce que quand vous passez 15 ans à être en surpoids, qui vous déforme à ce point-
 110 là, qui fait que vous... moi j'me regarde plus dans un miroir. C'est-à-dire que passer mon

111 temps, je regarde plus vous voyez. À un certain niveau de surpoids, vous pouvez plus aller
112 dans les magasins. Y a plus votre taille, vous voyez. Alors, on perd cette espèce de
113 coquetterie, on perd cette espèce de... de... de, de. Je vous disais c'est pour une raison
114 esthétique hein, que j'étais un peu motivé mais... finalement, ce qui est pour moi le plus
115 déterminant, c'est la santé. Voilà, j'ai peur d'être malade, j'ai peur d'avoir un traitement. J'ai
116 peur, oui voilà. J'ai un tensiomètre à la maison enfin bon voilà. C'est vraiment... c'est
117 vraiment l'idée de reculer – parce que je me fais pas d'illusions, y en a dans la famille, enfin,
118 c'est, c'est, y a un facteur héréditaire quand même – je ne me fais pas trop d'illusions. Je sais
119 que peut-être à terme, je devrais prendre un traitement contre l'hypertension bon mais
120 l'idée c'était de le reculer, d'essayer d'éviter le plus longtemps possible de prendre ça. Et
121 puis, un des remplaçants du docteur à qui j'en avais parlé un peu comme ça avait été assez
122 brutal. Il m'avait fait peur. Après je dis pas, ça peut être salutaire. Mais sur le coup, j'étais un
123 peu braqué et il m'avait dit « oui mais enfin vaut mieux ça que un AVC ». Alors c'est vrai que
124 ça vous... ça vous donne à réfléchir hein. Voilà. Après, c'est sa manière de faire à lui hein
125 mais voilà ça m'avait quand même fait réfléchir... oui donc c'est la santé. C'est l'idée de la
126 santé... Je marche dès que je peux. Alors là en hiver... je marche beaucoup moins mais je
127 marche 1h de temps... je fais pas beaucoup hein. Je suis pas une grande... Je fais pas de
128 grandes performances mais je marche 1h très régulièrement. Donc là l'hiver, j'fais 3 fois par
129 semaine à peu près. Et en été, ça peut être 4/5 fois dans la semaine. Y a même une période,
130 j'faisais ça presque tous les jours. Voilà. Et... alors... alors je vois une ostéopathe aussi bon
131 parce que c'est vrai que quand on... quand on vieillit et quand on est trop, quand on est trop
132 gros, on a mal partout hein. Bon c'est comme ça. Alors je vois un peu une ostéopathe. Et...
133 j'ai été la voir pour des douleurs... enfin pour des migraines que j'avais voilà et... elle me
134 disait elle qu'elle avait des patients en surpoids qui n'avaient pas de problème physique, qui
135 n'avaient pas de douleurs ou... voilà, et moi, j'avais des douleurs au genou. Alors j'avais des
136 douleurs derrière le genou. Euh je sais pas qu'est-ce que c'était mais j'avais très mal. Ça
137 m'faisait boîter, et parfois même j'pouvais pas remonter le genou... enfin la jambe, voyez le
138 pied derrière comme ça j'pouvais pas le remonter. C'était bloqué. Et puis quand même,
139 c'était quand même assez douloureux. Et bien la marche m'a soigné ça. Je sais pas comment
140 l'expliquer, je sais pas c'qui se passe dans le corps mais la marche m'a soigné ça. Voilà. Donc
141 pour le souffle, j'en sais rien. Oui peut-être que... voilà. Et alors, en... la marche ne m'a pas
142 fait maigrir, j'pense pas, parce que c'est pas assez intensif pour... que ce soit... J'pense que
143 c'est plutôt le... le... l'attention alimentaire hein vraiment, la réflexion sur la question
144 alimentaire. Mais le fait de marcher et d'essayer... et de perdre un tout petit peu, ça m'a
145 guéri les douleurs. Vraiment. Mais c'est... enfin. Je vous... je vous jure que c'est vrai. C'est
146 pas une vue de l'esprit. C'est vraiment ça. Et... ça m'a redonné un peu de tonus. Ça m'a pas
147 enlevé ma fatigue parce que quand même il faut traîner la carcasse, mais... ça m'a donné un
148 peu plus de tonus. C'est-à-dire que quand je dois faire un trajet à pied, ça ne me rebute plus.
149 Voilà. Et le doc... mon... mon médecin m'avait donné un conseil qui était assez amusant. Elle
150 m'avait dit « écoutez quand vous allez au travail, garez-vous le plus loin possible, comme ça,

151 ça vous fait marcher. Descendez les escaliers à pied » Parce que j’lui dis « les quatre étages à
 152 pied le matin, j’y arrive pas » Alors elle me dit « Montez en un ». Alors dès que je peux, je
 153 monte un peu à pied les escaliers. Je les descends à pied. Alors, c’est pareil hein, pour
 154 quelqu’un de jeune comme vous qui n’a pas de problème de poids etc, ça paraît tout à fait
 155 dérisoire, enfin ça peut paraître dérisoire, mais je vous assure que ça ne l’est pas. C’est-à-
 156 dire que quand je monte – en plus moi je suis toujours très chargée – donc quand j’arrive à
 157 monter un escalier à pied, je suis contente. Et en plus je ne suis pas sportive donc... voilà.
 158 Alors elle m’a donné des astuces du quotidien, mais vraiment du quotidien, pour ajouter un
 159 peu alors exercice c’est peut-être un peu... un peu fort mais pour bouger plus que ce que je
 160 ne faisais. Parce que comme j’habite à 20km de Metz, je viens en voiture et je peux pas venir
 161 en vélo, quant à pied, ben c’est pas possible. J’habite pas en centre ville où là effectivement
 162 je pourrais faire les trajets à pied et bon. Voilà, donc elle m’a donné des astuces pratiques. Si
 163 vous allez voir un coach en je sais pas quoi, il va vous dire « il faut faire 30 minutes d’abdos,
 164 15 minutes de ceci » enfin et franchement j’pense que ça me lasserait de penser à ça. Et là,
 165 je le fais sans y penser. Vous voyez ? C’est-à-dire que, je monte un étage, bon après les
 166 autres je fais en ascenseur, je descends à pied, je me gare un peu plus loin, je marche 1h dès
 167 que je peux et voilà. Mais je peux pas me mettre à faire de la zumba ou des choses comme
 168 ça. Parce qu’on m’a dit « t’as qu’à faire de la zumba ». C’est le sport à la mode hein, vous
 169 connaissez hein, j’ai pu l’âge de faire ça. Ça me dit rien du tout. Voilà. Donc c’est... le
 170 médecin traitant... en tout cas c’que mon médecin traitant m’apporte, c’est l’aspect médical
 171 qu’on n’a pas forcément avec un nutritionniste. J’m sens plus en sécurité. C’est-à-dire que
 172 quand elle me prend la tension, bon voilà, c’est un acte médical. Quand elle me pèse, c’est
 173 un acte médical. C’est pas un truc farfelu... Et elle me dit pas « ah ben chic, vous pourrez
 174 vous mettre en mini-jupe cet été » vous voyez. J’suis à un âge où ça, ça prend plus ...fin c’est
 175 pas des arguments... bon. Et les astuces qu’elles me donnent, c’est des astuces de bon sens,
 176 voyez, parce qu’après, comme je disais tout à l’heure, on le sait : pour pas grossir, faut pas
 177 manger ou faut pas manger c’qu’on mange. On est d’accord ? Bon. Après on est pas égaux
 178 devant la prise de poids non plus. Y a des gens à qui tout profite et puis des gens qui se
 179 nourrissent de très peu de choses, qui n’ont pas un attrait particulier pour la bonne
 180 nourriture... moi si (*rires*). Donc ça... ça n’aide pas hein c’est sûr. Et voilà, les astuces du
 181 quotidien, moi ça me... ça me convient. Voilà. À âge où j’en suis... avec c’que j’ai vécu avant,
 182 avec ce que je pense, avec ma psychologie, avec... avec mes névroses peut-être enfin j’en
 183 sais rien hein... Cette... cette manière-là me convient très bien... Le fait aussi que ce... alors...
 184 Le fait aussi que ce soit une femme... qui ait pratiquement mon âge, je pense que ça compte
 185 aussi. Voilà. Le fait que j’ai confiance en elle mais bon quand même normalement, on a
 186 confiance en son médecin traitant. Ça, c’est vraiment une des premières choses
 187 importantes. Voilà, c’est vraiment un ensemble de toutes ces choses-là. Oui. Voilà. »

188 « Et... si je reste toujours sur le thème de la perte de poids comme vous l’amenez là : quelles
 189 seraient les contraintes ? On a parlé des motivations mais les contraintes ? s’il y en a »

190 « C'est-à-dire pour que je ne puisse pas ? »

191 « Pour... Oui voilà... pour pas réussir à... à mettre en œuvre »

192 « ... Ne pas penser à soi quand on a une famille. C'est-à-dire oui j'ai des choses à faire pour
 193 moi mais... bon c'est pas l'urgence. L'urgence, c'est autre chose. Manger à table avec un ado
 194 de 15 ans (*rires*)... qui... ben voilà est en pleine... en pleine croissance et voilà qui a un appétit
 195 d'un ado de 15 ans... Être aussi à table avec un mari qui n'a aucun problème de poids et... qui
 196 a su conserver... un physique tout à fait... comment dirais-je. Ben j'sais pas comment vous
 197 dire, svelte, voilà. Bon y a des antécédents dans sa famille aussi. Son père est pareil. Voilà. Je
 198 pense quand même que ça joue un peu. Pas forcément sur tout mais ça doit jouer un peu.
 199 J'vous dis moi si c'est un régime draconien, j'peux pas. Me... me priver de nourriture et me
 200 priver de choses qui me plaisent, non je n'y arr... Mon... quand je mange, j'ai besoin que ce
 201 soit bon. Et sans vous parler de quelque chose de gras ou de sucré ou... Par exemple je ne
 202 sucre pas mon thé, vous voyez. Je ne sucre pas le thé. Les yaourts non plus, enfin voilà. Donc
 203 c'est bien que ça vient d'ailleurs. Mais la... le... peser la nourriture par exemple, ça enfin... ça,
 204 ça me... ça me... J'pense qu'au bout d'un moment, ça m'énerverait et je ferais le contraire.
 205 Oui. J'ai besoin de garder une liberté, une marge de liberté dans ce que je fais. Si je fais un
 206 régime draconien, j'aurais toujours cette espèce de barrière et comme je suis disciplinée
 207 quand même... enfin disciplinée... Oui je suis disciplinée, j'aurais toujours l'impression
 208 d'enfreindre une règle et ça me rendrait... mécontente... enfin je serais pas... Je serais de
 209 mauvaise humeur je pense voilà. Et les freins... les autres freins à la perte de poids... je sais
 210 pas. Peut-être qu'on se dit un moment « à quoi bon ? » vous voyez « à quoi bon ? » peut-
 211 être. Donc l'environnement familial... le fait que on fait passer nos priorités après celles des
 212 autres... oui, oui je vois ça. Voilà. »

213 « D'accord. Vous en avez parlé un peu plus tôt. Y a eu des régimes qui ont été des échecs du
 214 coup. »

215 « Oui. »

216 « Quel a été votre ressenti à ce moment-là ? lors des tentatives de perte de poids
 217 échouées ? »

218 « oui. J'étais en colère contre moi. J'étais en colère contre moi, vraiment j'm'en suis
 219 beaucoup voulu. Parce qu'il y a un moment où vous vous laissez regrossir. Vous vous laissez
 220 vous-même... je me suis laissé regrossir. C'est-à-dire que, on voit qu'on peut plus rentrer
 221 dans tel ou tel vêtement... À ce moment-là, j'avais encore une balance à la maison. Alors là, y
 222 a une balance, mais je la regarde jamais. Et donc vous montez sur la ... sur le ... et puis vous
 223 voyez 1 kilo. Bon 1 kilo (*souffle*) ça va, ça vient. Puis quand vous arrivez à 5, vous dites « oh
 224 ben mince, oui 5 en peu de temps » et c'est là. C'est à ce moment-là où vous devez réagir, et

225 vous le faites pas et on laisse aller tout. Voilà on laisse tout aller. Et j'men suis beaucoup
226 voulu. Et j'm'en suis voulu parce que c'est idiot. J'avais perdu, j'aurais pu essayer de... de
227 maintenir et je l'ai pas fait par manque de volonté j'pense... manque de volonté. Et puis vous
228 savez, y a une chose, ce régime mirifique enfin ça va vous effrayer mais moi-même en le
229 disant ça m'effraie : j'ai perdu 10 kilos en 1 mois. Le premier mois 10 kilos. Ah mais j'étais
230 contente, j'étais heureuse comme tout. Sur le coup, j'me suis pas rendu compte. J'me suis
231 dit « quoi 10 kilos, whouah c'est bien, j'suis super contente ». Mais c'est... c'est, c'est...
232 j'comprends même pas qu'on puisse... qu'on puisse donner des illusions comme ça aux gens
233 hein. Vraiment hein. Et... et rétrospectivement, j'me demande comment j'suis tombée dans
234 le panneau. Vraiment. Alors voilà, bon vous perdez, vous perdez, vous perdez et puis... au
235 bout d'un moment ben les sachets vous les avez plus. Vous repassez à un alimen... alors c'est
236 progressif hein. Vous enlevez la moitié des sachets puis vous recommencez les repas
237 normaux puis au bout d'un moment, vous repassez tout à des repas... avec de la nourriture
238 normale et puis... et puis oui vous reprenez des habitudes alimentaires qui ne sont pas
239 correctes, qui ne sont pas bonnes. Et c'est là, voilà c'est là, y a un moment de quelques
240 semaines, de quelques mois où vous laissez tout... où j'ai laissé tout aller et c'est de ce
241 moment-là que... que j'm'en veux. Voilà. C'est ça. Je pense aussi après... bon moi les
242 magazines tout ça, ça m'influence plus, j'en achète plus beaucoup. On vous dit « avant l'été,
243 vous perdez 5 kilos sans rien faire... » alors vous connaissez le truc puis alors en ce moment
244 on voit aussi perdre du poids avec une astuce alors on vous fait boire du citron H24... Je sais
245 pas si vous avez vu ça. Non voilà. Alors vous buvez de l'eau tiède avec du citron là-dedans
246 puis alors vous allez perdre du poids, ça va être merveilleux etc... Bon je crois que ça aussi,
247 c'est de la... Puis c'est la société de consommation enfin... bon. Si on est... si on a des gens en
248 surpoids, c'est bien que on a trop de choses, on a une alimentation trop riche enfin... voilà.
249 Après moi je suis pas nutella tout ça, c'est pas... mais bon je pense qu'à un moment aussi on
250 a de la nourriture... et... et... ça, ça dépasse peut-être j'en sais rien, mais moi je crois qu'on a
251 de la nourriture qui n'est pas bonne. On est... Moi j'ai de plus en plus la sensation que
252 manger me met en danger. Vous regardez tout c'qu'il y a dans les... dans la moindre
253 charcu...fin charcuterie alors pas le gros saucisson hein – puis j'suis même pas charcuterie
254 vous voyez - mais jambon blanc par exemple ou je sais pas un pâté. Vous regardez tout ce
255 qu'il y a dedans, c'est effrayant. Alors, moi quand même, bon, j'ai un ado de 15 ans bon il a
256 poussé moi j'suis p'tite hein vous voyez, mon mari il est plus grand que moi j'sais pas il doit
257 être comme vous, p't-être un peu moins... c'est pas géant hein, c'est une taille normale. Et
258 bien tous les garçons de l'âge de mon fils sont... ils s... c'est des perches hein, ils sont
259 immenses. Et moi je me demande quand même si c'est pas dû à des choses, des substances
260 qu'il y a dans la nourriture et qui détraque tout ça hein. Enfin... moi j'vous assure, je... je ne
261 sais pas si le surpoids qu'on a... Bon... Manger des... Bon... On a parlé du nutella y a pas
262 longtemps, c'est vrai que si vous mangez du nutella tous les jours, si vous buvez du coca à
263 côté... vous pouvez pas espérer être... être mince hein bon – ce que je ne fais pas d'ailleurs
264 hein – bon. Mais on m'enlèvera pas de l'idée que quand même les substances chimiques

265 qu'on nous dit ne pas être bon pour la santé, les cancers, les choses comme ça, ça n'a pas
 266 une incidence sur le poids, moi j'en suis con... Je... je suis pas médecin, je suis pas
 267 scientifique, enfin je connais pas tout ça mais je me demande quand même si y a pas
 268 quelque chose là-dedans aussi. Parce que, si c'est mauvais pour la santé globalement, c'est-
 269 à-dire si on mange trop de ça, on peut avoir un cancer ou... bon. Y a pas de raison que le
 270 surpoids ne soit pas... influencé aussi par... Je sais pas si c'est des réflexions que vous avez
 271 aussi dans le milieu médical mais... moi je... je me demande quand même si ça n'a pas une
 272 incidence. Toutes ces saletés des conservateurs des choses comme ça »

273 « ça vous interpelle. »

274 « Moi oui, franchement oui. Alors, ça va au-delà de notre entretien mais moi j'essaie de plus
 275 en plus maintenant de manger des choses beaucoup plus saines... Depuis des années et des
 276 années moi je cuisine. Je cuisine. Je n'achète pas de plats préparés... Bon je n'dis pas de
 277 temps en temps... »

278 « Qu'en pensez-vous pour le poids ? de cuisiner ? Est-ce que ça a... à votre avis, ça change
 279 quelque chose le fait de cuisiner plus que... ? »

280 « Non. Non, c'est les quantités. C'est les faits de pas mettre trop d'huile ou trop de beurre
 281 ou... C'est ça qui joue sur le poids, mais je le sais. Je sais ce que je dois pas faire pour... pour...
 282 Non je cuisine pour que ce soit moins mauvais pour la santé voilà. Pour que... y ait moins de
 283 produits, moins de conservateurs, moins de... voilà. Mais pour le poids... comme je vous
 284 disais tout à l'heure hein. Vous mangez une bonne poêlée de légumes avec de la bonne huile
 285 d'olive, vous grossissez... Vous mangez des carottes à l'eau, vous grossissez pas. Encore c'est
 286 du sucre donc... (rires) c'est relatif. Mais... non je, non. Je suis... je sais pas. Je, je suis... la
 287 nourriture est une question de pays riche hein de toute façon. C'est vrai. Une question de
 288 pays riche et une question de pays qui n'a pas de privation de nourriture par les guerres ou
 289 les choses comme ça. Je trouve que la question du poids est beaucoup plus large finalement
 290 que ma simple personne qui a pris du poids à la...fin vous voyez c'que j'veux dire. Alors peut-
 291 être que je réfléchis trop à ces choses-là et que je marche pas assez (rires) mais... voilà
 292 pardon... »

293 « Non, non c'est une réflexion intéressante. C'est vrai que si on se recentre un peu
 294 maintenant – alors je vais finir dans ce thème-là – sur les attentes que vous pourriez avoir
 295 encore, d'autres attentes éventuellement, par rapport à la prise en charge que réalise votre
 296 médecin généraliste ? »

297 « Du médecin ?... Ben par exemple oui, quelles autres attentes... »

- 298 « Vous semblez avoir confiance - hein vous en avez parlé – en votre médecin. J’ai
 299 l’impression que vous êtes globalement satisfaite du suivi que vous faites avec elle mais est-
 300 ce que vous pourriez attendre d’autres choses ? ou pas ? dans sa prise en charge ? »
- 301 « Non. Non parce que le dialogue qu’on a me convient très bien. C’qu’elle me répond me
 302 convient, c’est-à-dire, même si elle me dit des choses qui vont m’expliquer ce que je n’ai pas
 303 bien fait, je l... je l’entends, je veux dire, je l’admets. Donc elle est... elle ne va pas dans mon
 304 sens forcément, vous voyez c’que j’veux dire. Donc elle me corrige parfois. Elle me dit là
 305 vous auriez mieux fait de faire comme si ou comme ça. Là essayer de... donc y a un bon
 306 dialogue, une bonne écoute, un bon dialogue, de bons conseils... Elle m’encourage... Elle est
 307 très... très humaine. Elle est très humaine, très très humaine. Non je... »
- 308 « C’est tout ce que vous venez de dire là, le fait... le fait de l’écoute, du dialogue qui permet à
 309 vous aider à perdre du poids ? C’est ça ? »
- 310 « Oui. Oui vraiment, oui oui. »
- 311 « Y a d’autres choses éventuellement qui vous aide du coup à perdre du poids dans son
 312 attitude... dans son suivi ? »
- 313 « Ben... elle me juge pas. Elle ne me juge pas et je le sens dans son regard, dans sa manière
 314 de me parler... dans... dans sa manière de me recevoir, voilà. Elle ne me juge pas. Elle me dit
 315 attention, voilà. Parce que elle est aussi dans son rôle hein, attention parce que voilà, mais
 316 elle ne me juge pas. Et, d’emblée, elle m’a pas... elle m’a pas pris pour quelqu’un qui... ne
 317 savait pas réfléchir à ce que je ressentais ou à ce que je savais, ou ce que je ne savais pas
 318 faire ou à ce que je voulais ou que je ne voulais pas faire. Y a vraiment eu... elle m’a écoutée,
 319 elle m’a écoutée et ensuite elle m’a donné des possibilités, des solutions, voilà. Et c’est pour
 320 ça que je me sens... Je me sens vraiment... oui j’voulais dire, en confiance et à l’aise. Oui, oui,
 321 voilà. »
- 322 « Vous m’avez parlé aussi tout à l’heure d’une petite interruption du suivi. »
- 323 “Oui.”
- 324 “Pour... pour quelles raisons il vous semble difficile de maintenir un suivi... avec le médecin
 325 généraliste ?”
- 326 “Mais je crois que j’aurais eu une plus grosse interruption avec un nutritionniste. Vous
 327 voyez. Je sais pas. Peut-être, j’ai eu envie de faire une pause. Tout simplement. Une pause.
 328 J’suis p’t-être un peu fainéante aussi. Je sais pas. Ouais. Une pause. Une pause et puis
 329 repartir ensuite pour un nouveau cycle, voilà. Voilà. Je... je l’explique comme ça. Parce que
 330 les rendez-vous je les ai... moi je les prends sur doctolib vous savez. Donc je les prends à

331 l'avance puis comme elle a quand même... beaucoup de patients, elle a... comme elle est
 332 homéopathe, elle a vraiment beaucoup, beaucoup de rendez-vous. Alors y a des numéros...
 333 des comment on dit des rendez-vous d'urgence hein mais moi... et puis, et puis, moi je sais,
 334 voilà, je me fixe les rendez-vous et je sais voilà que tel jour je vais là voir... C'est un... oui
 335 c'est un vrai rendez-vous. On a rendez-vous avec le médecin. C'est un rendez-vous médical
 336 et moi j'ai rendez-vous avec mon suivi de poids, vous voyez, c'est très différent. Et... et ça
 337 met comme ça... une... une régularité... Voilà. Et l'interruption... j'crois qu'un jour j'ai annulé
 338 un rendez-vous parce que je pouvais pas y aller et après j'me suis dit "ben il faut que je
 339 reprenne pour le mois d'après" parce que là j'les avais pas et puis j'lai pas fait. Voilà."

340 "C'est quoi alors qui a bloqué : des raisons personnelles ou des choses ?"

341 "Rien."

342 "Non, même pas."

343 "Rien. De la négligence. Voilà. Vraiment, dans mon cas, rien. Non, rien du tout. Non, non.
 344 Mais la même, j'ai un peu hâte de retourner la voir... pour refaire un peu le bilan... voilà. En
 345 essayant... en espérant avoir perdu un peu plus, quelques grammes de plus. Voilà. Bon je
 346 sais pas si tout ça vous... intéresse."

347 "Ah, c'est très bien. Si, si. Si, si. Bon, je sais pas si y a d'autres choses que vous voyez. Moi j'ai
 348 fait un peu le tour des questions qui m'intéressaient. On a vraiment... abordé les choses
 349 importantes. Je sais pas si y avait des choses autres que vous souhaitiez aborder sur le suivi
 350 du poids globalement..."

351 "Je vous l'ai dit en filigrane dans la conversation. Ne pas se sentir juger par son médecin.
 352 Alors ça vraiment, c'est... c'est miracul... enfin pas miraculeux non c'est trop mais c'est...
 353 c'est gratifiant, c'est... Et ça participe de la confiance qu'on peut avoir dans son médecin...
 354 Ne pas être... ne pas se sentir réprimander, vous voyez. Ça, c'est important... ça aussi. Bon
 355 après moi j'ai la chance aussi, c'est quelqu'un qui a beaucoup d'expérience déjà, alors... dès
 356 que je pose une question, elle sait me répondre. Bon. En même temps, j'ai fait l'expérience
 357 avec d'autres jeunes médecins notamment parfois ses remplaçants... Bon c'est pareil, hein.
 358 La jeunesse, en plus, ben les jeunes ont des idées nouvelles. Donc ça moi j'aime bien aussi
 359 être avec des jeunes médecins ou ostéopathes parce que vous connaissez... vous connaissez
 360 des techniques ou des approches nouvelles. Vous avez des idées nouvelles et ça, c'est bien
 361 aussi. Moi j'apprécie les 2. Enfin je sais pas, je fais ni du jeunisme ni du... je sais pas comment
 362 dire de l'anti-jeune, enfin pas du tout mais disons qu'avec mon médecin voilà, elle répond à
 363 mes questions... Je, je, je ne... et elle prend l'amaigrissement pour quelque chose qui fait du
 364 bien à la santé. Elle le prend du côté médical. Vous voyez. Comme je disais tout à l'heure.
 365 Vous voyez, elle m'a pas dit "vous pourrez vous remettre en maillot de bain sur les plages"

366 parce que ça... peut-être une petite de 25 ans ou de 30 ans peut l'entendre et je le
367 comprends très bien. À un moment donné, ça ne motive plus ça. C'est pas vrai. Donc elle... je
368 pense qu'elle s'est adaptée à la psychologie de ses patientes ou de ses patients – je sais pas
369 si elle suit des hommes – elle s'est adaptée à la psychologie, à l'âge, elle sait bien nous
370 cerner et elle comprend ce que l'on attend d'elle. Voilà. Tout en restant évidemment dans
371 son rôle de médecin, hein. Elle n'est pas du tout... Elle nous dit pas "oui" pour nous faire
372 plaisir. Si elle doit nous dire "non", elle le dit. Vous voyez la nuance est... Voilà. Et puis, moi
373 c'que j'ai vraiment. Peut-être c'qui m'a... parmi tout ça, au milieu de tout ça, c'est le fait
374 qu'elle accepte de ne pas me dire mon poids. Voilà. Elle m'a pas brusqué. Parce qu'elle
375 aurait pu me dire "ben écoutez, si j'vous l'dis, parce que lala..." et là j'me serai sentie
376 brusquée, j'aurais pas aimé. Voilà."

377 "c'est l'abord psychologique alors qui est important"

378 "Ah oui, oui, oui, je pense. Oui, oui. Ah oui, oui, ça oui. Oui, oui. Après tout le reste, tout
379 l'aspect pratique du médecin bien sûr mais cette finesse de sentir ce qui va marcher chez
380 quelqu'un et pas chez quelqu'un d'autre voilà. Voilà."

PATIENT 9

- 1 « ... Pour introduire un p'tit peu les choses, je voulais voir avec vous quelle était votre
2 histoire personnelle concernant l'évolution de votre poids ? »
- 3 « D'accord je vous raconte ce qui s'est passé pour ma prise de poids ? »
- 4 « oui. »
- 5 « pas de souci. Bah écoutez quand j'avais 20 ans, j'étais pas du tout en surpoids. Je faisais du
6 sport à haut niveau. Donc oui je faisais 56 kg et j'ai gardé, j'ai gardé ce poids jusqu'à ma
7 première grossesse où j'ai pris beaucoup de poids : j'ai pris 35 kg ma première grossesse.
8 J'en ai gardé après la grossesse, un an après, je pense que j'ai dû garder peut-être 7 kg. Et
9 donc bon c'était toujours un poids acceptable par rapport à ma taille. Et donc ensuite ben je
10 suis tombée enceinte du deuxième 5 ans après. Là j'ai pris un peu moins mais toujours
11 beaucoup trop : 25 kg que j'ai quasiment aussi réussi à perdre. Et ensuite quelques années
12 après j'ai commencé à prendre du poids, je pense en rapport avec mes problèmes de santé
13 vu que j'ai des problèmes hormonal et donc ben j'ai pris du poids jusqu'à arriver à ce poids-
14 là quoi. »
- 15 « hormonal... vous pouvez préciser ? »
- 16 « Oui tout à fait. Ben écoutez j'ai plus mes règles depuis je sais pas... 3/4 ans, 4 ans peut-
17 être. Depuis là, j'ai pris du poids et on n'arrive pas à savoir pourquoi je n'ai pas mes règles.
18 En attendant bah j'ai pris du poids quoi. Parce que je n'ai pas changé mes habitudes
19 alimentaires, y'a rien qui a changé mais pour autant j'ai pris du poids. »
- 20 « D'accord »
- 21 « Donc j'ai effectivement vu mon gynécologue, un nutritionniste... j'ai vu plusieurs... mon
22 médecin traitant et... voilà. »
- 23 « d'accord. Bien. Du coup y'a encore des bilans médicaux qui sont en cours ? »
- 24 « j'ai pris... ben j'avais tout arrêté parce que... on trouvait pas de solutions et ça m'embêtait
25 vraiment à chaque fois d'aller prendre rendez-vous, d'aller faire des examens et tout. Et là
26 j'ai repris rendez-vous, j'ai rendez-vous avec mon gynécologue la semaine prochaine pour
27 faire le point avec lui pour que... on puisse voir ce qu'il en est réellement quoi. »
- 28 « D'accord. Vous avez une contraception ou... ? »
- 29 « Ben non pas du tout vu que j'ai pas de règles. »
- 30 « D'accord. Bien. Qu'est-ce que l'excès de poids représente pour vous ? »
- 31 « Euh quelque chose de très contraignant. Très contraignant. »
- 32 « Oui. C'est-à-dire ? »

33 « c'est-à-dire pour... pour tout quoi. Pour... Pour s'habiller déjà dans un premier temps en
 34 tant que femme forcément. Euh pour les activités physiques on est plus vite essoufflé... on
 35 n'a plus mal aux articulations donc oui c'est contraignant. Du point de vue de la santé et puis
 36 du point de vue physique. Voilà. »

37 « Et donc en cela, il influence votre quotidien... ? à part physiquement ? y a d'autres choses,
 38 y a d'autres influences du poids ? »

39 « c'est-à-dire ? »

40 « Et bien, là on a parlé... des difficultés pour retrouver des vêtements, des... mais est-ce qu'il
 41 y a d'autres choses au quotidien qui sont gênantes par rapport au poids ou... ? »

42 « Ben par rapport... et ben forcément on est plus vite essoufflé quand on fait un effort. On
 43 est beaucoup plus vite essoufflée parce qu'on n'a plus de poids. Enfin je veux dire je me suis
 44 inscrite à une salle de sport. J'ai fait... enfin c'était du... du cardio, pas mal de sauts et bien...
 45 enfin par rapport à mon poids j'ai eu mal aux articulations, j'ai mal aux genoux, j'ai, j'ai, j'ai
 46 boité pendant 15 jours quoi. Donc oui non c'est contraignant. »

47 « D'accord. Bien. Donc si on... par rapport à cette prise de poids, est-ce que vous avez essayé
 48 de... de mettre en place des moyens pour perdre du poids ? et quels ont été ces moyens si
 49 oui ? »

50 « Ben... j'avais... donc en fait... ben des tas de régimes j'en ai fait mais je tiens pas sur...
 51 puisque c'est... fin j'tiens pas sur la longueur ce ... je me... fin c'est tout de suite une
 52 restriction beaucoup trop importante donc je ne tiens pas sur la longueur. Donc voilà. J'ai
 53 tenté plusieurs régimes et je pense qu'il faudrait peut-être que je sais pas que j'allie le sport
 54 plus un régime alimentaire mais je vais pas perdre enfin je perds 2/3 kilos mais pas plus quoi
 55 j'arrive pas à perdre réellement le poids que je voudrais perdre. »

56 « Quels ont été les régimes que vous avez essayés ? »

57 « Alors bon ben j'ai fait quoi comme régime... il fut un temps j'avais fait le régime Dukan
 58 mais j'ai perdu je crois une dizaine de kilos mais j'en ai repris le double. J'ai repris le double
 59 dès que j'ai arrêté donc voilà. Ensuite ben j'essaie de moins manger le soir, plus à midi mais
 60 le souci c'est que ma vie de famille fait que je cuisine que le soir. Donc on se retrouve en
 61 famille le soir et on mange bien le soir. Donc du coup voilà c'est un peu complexe. »

62 « D'accord. Et y a eu d'autres régimes du coup encore à part ça ? »

63 « ... Je peux pas dire... »

64 « D'autres suivis peut-être ? »

65 « Des suivis non... J'ai consulté mon médecin traitant pour lui dire que j'avais envie de
 66 perdre du poids et des choses comme ça... Mais il m'a juste dit « y a pas de... -sa réponse

- 67 type hein- y a pas de miracle, c'est le coup de fourchette qu'il faut... qu'il faut diminuer »
68 Voilà. Et faire du sport. »
- 69 « D'accord. »
- 70 « Voilà sa réponse. »
- 71 « Très bien. »
- 72 « C'est tout. »
- 73 « Quelles sont vos sources de motivation à la perte de poids ? »
- 74 « Ma santé. »
- 75 « La santé ? »
- 76 « (*approbation*) Ma santé avant tout quand même. Et moi-même. C'est pour moi-même
77 dans un premier temps et la santé. »
- 78 « Vous-même, c'est ? »
- 79 « Ben pour moi, pour me plaire à moi, pour pouvoir m'habiller, pour voilà. »
- 80 « et inversement les contraintes que représente cette perte de poids ? »
- 81 « La motivation que j'ai pas. »
- 82 « D'accord. »
- 83 « C'est ça en fait. C'est contradictoire, hein ? »
- 84 « Oui... »
- 85 « C'est que ouais je vais être motivé sur un... laps de temps et puis je baisse vite les bras. »
- 86 « Et qu'est-ce qui fait baisser les bras alors ? »
- 87 « Ben j'aime bien manger aussi. Les restaurants... enfin voilà j'veux dire mon mari et moi-
88 même, on aime bien sortir donc forcément on s'fait plaisir. »
- 89 « D'accord. Y a d'autres contraintes éventuellement ou ? »
- 90 « concernant ? »
- 91 « Pour la perte de poids ? »

- 92 « Non. »
- 93 « Non pas spécialement ? »
- 94 « Non »
- 95 « Bien. Quel a été votre vécu lors de ces tentatives de perte de poids ? votre ressenti ? »
- 96 « ... Mon ressenti dans mes pertes de poids, ben c'est que ça va pas assez vite, donc du coup,
97 on est déçu, enfin je suis déçue... Et... déçue parce que j'arrive pas à tenir dans le temps
98 quoi. J'ai pas cette motivation pour réussir à tenir dans le temps. Je sais très bien qu'un
99 rééquilibrage alimentaire, c'est... ça va durer sur quelques années, j'vais pas perdre... je vais
100 pas perdre 20 kilos en 4 mois quoi. Je le sais très bien. Mais pour autant, j'ai pas envie de...
101 fin j'ai envie que ça aille vite et comme ça va pas vite, ben... j'abandonne. »
- 102 « D'accord. Bien. Au niveau du suivi du coup spécifiquement avec votre médecin : quel est
103 votre vécu du suivi du poids chez le médecin généraliste ? »
- 104 « J'ai pas de vécu en fait parce que je lui en parle quand je vais le voir à chaque fois et... c'est
105 toujours pareil quoi. J'veux dire, j'ai pas... il me pèse pas déjà. Déjà quand je vais le voir pour
106 lui dire, j'aimerais perdre du poids machin, il me pèse même pas donc voilà. »
- 107 « D'accord. »
- 108 « Y a pas de suivi. Clairement, y a pas de suivi. »
- 109 « Oui. D'accord. Et... Et comment il pourrait vous aider alors ? Qu'est-ce qu'il pourrait faire
110 pour vous aider ? »
- 111 « Ben déjà oui dans un premier temps peut-être me peser, puis me donner des rendez-vous
112 assez régulièrement pour qu'il y ait un suivi. Peut-être que comme ça j'veux dire, j'me dirais
113 ben... j'ai ce rendez-vous, il va me peser, faut que je perde du poids, j'ai peut-être besoin de
114 ça, je sais pas. »
- 115 « Ouais. »
- 116 « Puis des conseils aussi. Puis voilà. »
- 117 « Est-ce que... Est-ce qu'il y aurait des raisons pour lesquelles il vous semblerait difficile de
118 faire un suivi justement, de consulter juste pour le poids ? »
- 119 « Non pas du tout. »
- 120 « Non ? »

- 121 « Non, je vois pas pourquoi ce serait difficile. Je consulte pas mon médecin souvent parce
 122 que je suis pas trop malade quoi mais ce que je veux dire, c'est que si il me donnait un
 123 rendez-vous une fois par mois, j'vois pas pourquoi je n'irais pas. »
- 124 « D'accord. Y a pas de raisons... »
- 125 « Non. »
- 126 « ... qui freineraient ? »
- 127 « Non. »
- 128 « Et qu'est-ce que vous pourriez attendre de lui du coup concernant le suivi du poids ? à part
 129 le fait de passer sur la balance... »
- 130 « Ben p't-être m'orienter vers d'autres professionnels de santé aussi. Éventuellement.
 131 Comme un nutritionniste... »
- 132 « Vous avez déjà... »
- 133 « Non. Non, non. Je n'ai pas consulté ni de diététicienne ni de nutritionniste. Pourtant je
 134 pourrais prendre rendez-vous de moi-même mais non j'l'ai pas fait. »
- 135 « Pareil, c'est le manque de motivation ? c'est ? »
- 136 « Ben... on m'l'avait proposé à la visite médicale et puis bon ben effectivement j'l'ai pas fait.
 137 Manque de temps aussi peut-être aussi hein. Parce que allier ses études, ses stages, sa vie
 138 de famille, ses enfants et tout c'qu'il y a autour. On n'a pas le temps quoi. C'est surtout ça
 139 j'pense. C'est vraiment un manque de temps. »
- 140 « Le manque de temps qui jouerait plus. »
- 141 « Ouais. J'pense aussi. »
- 142 « D'accord.
- 143 *... FIN des questions du guide d'entretien. Je complète le questionnaire pour caractériser la*
 144 *patiente.*
- 145 « C'est un peu complexe. Non j'ai pas de vécu clairement. »
- 146 « Pour vous ? »
- 147 « Pour moi non. J'ai pas eu de suivi par rapport à mon poids. D'ailleurs si je consulte
 148 maintenant pour le poids et que je reviens le voir je sais pas dans 10 jours ou 15 jours il va
 149 pas me poser des questions par rapport au poids alors que j'étais venu pour ça auparavant. »

- 150 « D'accord. »
- 151 « Donc là on constate bien que clairement y a pas de suivi quoi. »
- 152 « Vous vous sentez pas écoutée ou ... ? »
- 153 « ... Non j'pense que pour lui, le poids c'est à moi de gérer je pense. »
- 154 « D'accord. »
- 155 « Je pense c'est à moi de gérer ça. Concernant les différentes pathologies, je peux le
156 consulter, y a pas de souci mais non le poids il s'intéresse absolument pas. »
- 157 « Vous avez dit pour lui. Et pour vous ? »
- 158 « Comment ça ? »
- 159 « Qu'est-ce que vous en pensez ? »
- 160 « Ben... ben justement j'trouve ça dommage que... ben que y a pas de prise en charge même
161 au niveau du poids. Parce que malgré tout le poids reste quand même un problème de santé
162 majeur hein donc... »
- 163 « D'accord. »
- 164 « J'trouve ça dommage. »
- 165 « ouais c'est la santé qui vous embête quoi aussi. »
- 166 « C'est ça. Enfin c'est tout c'qui en découle hein, toutes les complications en lien avec
167 l'excédent de poids. »
- 168 « Quelque chose en particulier vous fait peur ou ... ? »
- 169 « Non, non. Mais bon... en étant... en faisant des études en tant qu'infirmière, je sais très
170 bien que... ben j'risque des problèmes cardiaques... Donc, c'est, c'est tout c'qui est en lien
171 quoi. »
- 172 « D'accord. »

PATIENT 10

1 « Pour que je vous réexplique un p'tit peu les choses, on se rencontre aujourd'hui comme
2 convenu pour que je vous interroge sur le vécu du poids et du suivi du poids aussi chez le
3 médecin généraliste. Donc le but pour moi c'est d'argumenter ma thèse de docteur en
4 médecine en étant le plus proche de vos propos. Donc le... l'enregistrement... on est
5 enregistré hein donc pour être au plus proche et... et donc pour commencer je voulais voir
6 avec vous quelle était votre histoire personnelle concernant l'évolution de votre poids ? »

7 « Alors mon histoire personnelle, c'est que j'ai toujours fait dans les 50/55 kilos jusqu'à
8 c'que j'ai mes 2 enfants donc maintenant mes enfants sont grands hein... Ils ont 25 et 26
9 ans. J'ai toujours réussi à maintenir mon poids un peu près... bon j'ai pris un peu de poids
10 quand je suis tombée enceinte, après on arrive pas toujours à reperdre le poids qu'on
11 prend. Et... bon j'tournais toujours aux alentours de 80... 80/85 kilos. Et... après avec le
12 temps, l'âge, on prend un peu de poids. J'suis tombé malade, j'ai eu un cancer du sein, j'ai
13 eu un traitement assez lourd. Donc là aussi... cortisone et compagnie, on prend encore du
14 poids. Et... arrivé au-dessus de 50 ans – parce que j'ai 54 ans – on arrive moins à perdre.
15 Parce qu'on arrivait toujours à gérer son poids plus ou moins. On perdait 5/6 kilos, on en
16 reprenait 3 mais on faisait toujours un peu la balance. Mais arrivé un moment, on n'arrive
17 plus et j'pouvais plus... j'arrive plus. Déjà j'suis pas bien dans ma peau parce que quand on
18 prend du poids, on est moins souple... On est moins agile. Et puis on se sent pas bien, on
19 n'est pas belle. On n'est pas... quand on se regarde dans la glace, on s'dit “ça va pas”. Quand
20 on essaye de s'habiller, ça va pas non plus donc ben quelque part... ben le moral en prend
21 un coup hein. Automatiquement. Et puis après on s'dit bon on va faire un p'tit peu quelque
22 chose, on arrive plus. Moi je sais que, arrivé à un certain âge, je n'arrive plus perdre, même
23 si on fait attention, on perd beaucoup moins, beaucoup moins vite. Après ça... quelque part
24 ça...ça nous encourage pas à faire une perte de poids plus longue donc... après on s'dit “bon
25 allez, on est invité, on mange un peu plus”. J'veux dire, c'est... c'est un engrenage parce
26 qu'on arrive pas à perdre de poids comme on voudrez. Donc à quelque part, on s'venge.
27 C'est pas qu'on se venge mais qu'on... on s'dit “allez hop, va, j'vais manger un p'tit truc en
28 plus, c'est pas ça qui va... puis je re'rai attention demain” mais on arrive pas. Et un moment
29 donné, j'vous dis, quand on se regarde dans la glace, on se... on peut plus. Moi j'arrivais plus
30 à me voir. Quand j'essaie de m'acheter des vêtements... après les tailles qu'on met, c'est
31 pas super joli. On arrive encore à trouver mais ça... Puis un moment donné on dit stop.
32 Donc... j'ai entendu parler du système... enfin du régime Insudiet, donc j'me suis dit “allez,
33 j'vais essayer”. Parce que j'avais déjà... j'avais une amie qui l'avait fait il y a quelques
34 années, elle avait beaucoup perdu. Et bon après, quand j'l'ai vue, j'me suis dit “bon allez,
35 pourquoi pas” même si elle a repris un peu de poids parce qu'une fois qu'on arrête après...
36 Il faut quand même arriver à tenir parce que c'est un régime à vie si on veut hein, faut
37 quand même faire attention tout le temps. Puis j'me suis dit “allez j'y vais”. Puis là j'ai
38 commencé avec Mme X... Et les quinze premiers jours, ça s'est très, très bien passé parce
39 que... j'avais pas bien compris le régime : il fallait prendre les substituts + des légumes et des
40 salades et je n'en prenais pas je prenais que le substitut, donc j'avais un peu faim quand
41 même. C'qui m'a permis de perdre... j'crois qu'c'était pas tout à fait 3 kilos en quinze jours,
42 donc c'était très bien. Et là maintenant, je continue voilà. »

43 « Est-ce que c'est votre médecin traitant du coup ou... ? »

44 « Non, c'est pas mon médecin traitant. Mon médecin traitant, c'est M. D... qui est là sur
45 Maizières. Mais comme j'ai entendu parler de la méthode Insudiet et que sur internet, il
46 faut obligatoirement avoir un médecin qui travaille avec Insudiet. Donc j'ai cherché sur les...
47 sur Internet et j'ai trouvé donc Mme X. parce que sur Metz j crois qu'y en a plus beaucoup.
48 Voilà. C'est comme ça que je suis arrivé à... À essayer de faire un régime. Et je suis hyper
49 motivée parce que quand j'me vois, j'vous dis, j'me vois dans la glace, j'arrive plus à... J'peux
50 plus. »

51 « En général - parce que bon vous avez abordez plusieurs points déjà - en général, qu'est-ce
52 que l'excès de poids représente pour vous ? »

53 « L'excès de poids, ben... la grosseur, j'veux dire on n'est pas... on n'est pas bien, j'veux dire
54 quand... on est essoufflé, on n'arrive plus bouger, on n'arrive plus faire c'qu'on veut, on
55 peut plus mettre c'qu'on veut puis on se plait pas. On se plait pas. On se plait plus. Parce
56 que... Tant qu'on a pas... le regard des autres m'importe peu... enfin un p... moins que le
57 mien personnel. Quand je vais devant la glace, quand je me regarde j'me dis "non, c'est pas
58 possible" hein, parce qu'on on... on s'voit pas tous les jours mais on s' imagine pas après...
59 Tout d'un coup, on prend... On veut essayer un pantalon, on voit qu'on a le ventre... Non, ça
60 me plaît plus, c'est pas... Moi, ça me plaît pas. Donc voilà. J'voudrais bien reperdre... »

61 « C'est votre... »

62 « Ouais c'est mon, c'est mon vécu personnel. C'est mon... c'est mon bien-être personnel. »

63 « plus que... c'que ça peut représenter socialement ou ? »

64 « Ben non parce que mon mari me dit toujours que je suis jolie que bon... mes enfants... ils
65 m'ont jamais fait de remarques ni rien. Donc voilà, j'veux dire, c'est pas... Bon, à quelque
66 part, on s'dit si quand même, vis-à-vis des autres, on doit s'dire on n'est pas comme avant,
67 mais comme personne me le dit, ça... c'est pas... c'est pas un impact de ce côté-là. L'impact
68 que j'ai eu, le déclic c'est quand j'me suis vu moi. C'est pas d'aujourd'hui hein que j'ai du
69 poids à perdre hein. Mais j'veux dire, y a eu un déclic qui s'est fait que j'me suis dit "non,
70 c'est pas possible tu peux plus." Parce que on prend tout le temps un peu plus de poids
71 même si c'est pas beaucoup. Là, l'hiver est passé. En hiver, on a pris 1 ou 2 kilos. Ben un peu
72 plus, un peu plus, un peu plus. Un moment donné on s'dit bon... faut faire quelque chose
73 parce que sinon où est-ce qu'on va aller et puis on se sent pas bien j'veux dire on est
74 essoufflé on a mal aux genoux, on a mal partout... C'est un tout quoi. Voilà. Après pourquoi
75 j'ai pas eu ce déclic là avant je sais pas. Mais là, ça s'est fait maintenant et puis voilà. Donc...
76 y a eu quelque chose qui a fait que. Parce que dans la glace, on se regarde quand même
77 assez souvent mais j'veux dire c'est... j'sais pas, ça... P't-être après l'hiver qu'on a passé,
78 après... »

79 « Donc du coup vous parlez de déclic, déclic à perdre du poids du coup... »

- 80 « Oui. »
- 81 « Si on vient sur ce thème-là, quelles ont été les moyens que vous avez mis en œuvre pour
82 perdre du poids ? »
- 83 « Ben en premier temps, on essaie de le faire tout seul, donc on s'dit « allez, on va manger
84 plus léger, plus de viandes blanches, beaucoup plus de légumes » parce que c'est vrai que,
85 en ayant une vie active déjà quand on rentre entre midi, on fait des plats qui vont vite. Donc
86 c'est steak, pâtes, riz, un peu de plats cuisinés, un peu de plats préparés qu'on achète à
87 droite à gauche. Et puis... après on s'dit « bon allez, on va essayer de cuisiner. » On fait un
88 peu plus de légumes, un peu plus de viandes blanches mais j'veux dire le... la perte de poids
89 est pas assez conséquente je pense pour, pour nous donner envie de perdre du poids. Moi
90 c'qu'il me faut personnellement. Là comme c'est avec le régime que je fais là, j'ai perdu en
91 quinze jours 3 kilos. C'est hyper motivant. Parce qu'on s'dit « bon, on a fait un peu d'effort
92 d'accord mais, ça paie à quelque part ». Donc en ayant perdu du poids assez rapidement au
93 départ, ça nous encourage à continuer parce qu'en faisant les régimes tout seul, on perd du
94 poids j'dis pas. Mais on va perdre 500 grammes. On va perdre 600 grammes. Au bout de
95 quinze jours, on aura perdu 1 kilo parce que ça vient progressivement mais c'est pas assez
96 encourageant alors à un moment donné, j'crois que on baisse un peu les bras, parce que on
97 s'dit « oh... toute façon, ça marche pas bien... » vous voyez, on a pas la motivation qui vient
98 avec en faisant un régime tout seul. C'est pour ça qu'il faut éventuellement qu... une aide
99 extérieure ou alors un régime beaucoup plus draconien parce qu'au départ, c'était dur mais
100 il faut quelque chose qui me donne le déclic aussi pour pouvoir continuer. »
- 101 « D'accord. Mais... là du coup, on a parlé d'une source de motivation qui est la perte de
102 poids... quelque part rapide. Est-ce que y en a d'autres ? »
- 103 « en perte de poids rapide ? »
- 104 « comme sources de motivation... à la perte de poids »
- 105 « Ben j'dirai aussi le bien-être peut-être. »
- 106 « Oui. »
- 107 « Parce que c'est vrai que... quand on marche, qu'on est essoufflé. Quand on monte les
108 escaliers, qu'on a mal aux genoux... on s'dit « bon, d'accord à quelque part il faut perdre du
109 poids mais il faut que ce soit vite parce qu'on veut avoir du résultat »
- 110 « Oui, ça revient toujours. »
- 111 « Voilà, ça revient toujours au même oui mais après j'vois pas, non j'vois pas... »
- 112 « D'accord, donc c'qui est plus motivant pour vous, c'est de voir les résultats quoi. Faut des
113 objectifs ? »

114 « Oui. Oui éventuellement. Oui. »

115 « Vous en avez ? »

116 « Moi, j'ai un objectif, oui. C'est de me voir un peu plus mince, un peu plus jolie, me sentir
117 mieux. Surtout, surtout ça... Oui, et puis bon. Ça, c'est mon objectif. J'vais partir en
118 vacances, pouvoir, remettre mes p'tites robes que j'peux plus rentrer dedans (*rires*) que je
119 peux plus mettre. Voilà, ça c'est un... oui, c'est... C'est une priorité oui j'pense quelque part.
120 C'est le but disons. Je fais pas ça pour rien. J'fais ça déjà pour moi, personnel, pour me sentir
121 mieux et pour redonner une image... un peu plus jolie on va dire. »

122 « D'un autre côté... D'un côté, il y a les sources de motivation, d'un autre côté donc les
123 contraintes. Quelles seraient les contraintes à la mise en œuvre d'une perte de poids ? »

124 « Ben les contraintes, c'est... c'est déjà le régime en lui-même, parce que c'est quand même
125 assez compliqué. Les proportions sont déjà plus petites. Y a la faim quand même à quelque
126 part, parce que... on sort de table, sur le coup on est rassasié mais... après quand même on a
127 faim, j'veux dire, moi, j'avais des portions normales, là je me retrouve avec une omelette qui
128 fait comme ça (*en montrant avec la main*), un p'tit peu d'haricots verts et puis... C'est
129 compliqué, c'est difficile et puis il faut tenir dans le temps aussi, parce que... c'est pas
130 évident hein quand on voit les gens autour. Moi je cuisine, j'ai mon mari qui rentre, j'ai mes
131 enfants qui viennent le week-end. Quand on leur fait un bon p'tit plat et qu'on est à côté et
132 qu'on doit manger... c'qu'on a à manger... c'est pas... c'est, c'est, c'est difficile hein donc il
133 faut être hyper motivé pour pas craquer. Parce que c'est... oui à quelque part c'est... »

134 « D'accord. Et... le fait que les autres puissent manger un peu c'qu'ils veulent, c'est ça
135 quoi... »

136 « Ben les plats qu'on prépare et puis oui voilà, de les voir eux manger, puis nous se dire
137 « non », on a envie de craquer hein, j'vous assure »

138 « Les plats qu'on prépare, c'est-à-dire, vous préparez 2 plats ou... ? »

139 « Ah moi j'fais à manger normalement pour mes enfants et mon mari et moi j'mange mes
140 sachets d'Insudiet hein. Donc c'est une... c'est une omelette qu'on prépare avec 3/4 haricots
141 verts ou alors un peu de salades alors que eux... là j'vois ce week-end là, j'ai fait un coq au
142 vin, j'ai fait des légumes, j'ai fait des pommes de terre, j'ai fait un bon gâteau comme
143 dessert, ben... J'ai de la chance que quand je cuisine, de... y a des personnes quand elle
144 cuisine, elles mangent, elles goûtent, moi je fais pas ça, je goûte juste un peu
145 l'assaisonnement, c'est tout. Donc j'ai une... j'ai la chance parce que comme j'dis toujours,
146 c'est comme j'leur ai dit dimanche, ils m'ont dit « maman, tu manges pas ? » j'dis « non,
147 j'mange c'qui est prévu » mais... et on m'a dit, Mme X... m'a dit que je pouvais manger un
148 peu de viande, mais non je le fais pas parce que je... moi je me connais, si je vais goûter, je
149 vais pas m'arrêter à un morceau de viande. Vous voyez c'que je veux dire ? On va
150 s'dire « allez un p'tit bout, un p'tit, oh puis après ça peut pas me faire de mal », j'vais

151 prendre un deuxième petit morceau. Donc je ne craque pas. Je ne touche pas. Parce que je
 152 sais que si je touche, je s'rai p't-être tentée de... de manger un peu plus que c'qui est prévu
 153 donc voilà. Mais moi, c'est compliqué, c'est difficile hein parce que je cuisine... mais pour
 154 mes enfants et mon mari et moi, je mange c'qui est prévu pour moi. »

155 « D'accord. »

156 « Voilà. »

157 « Et globalement, c'qui est prévu, donc du coup vous m'avez dit un p'tit peu... »

158 « Alors le matin, c'est un sachet de café que je dilue dans de l'eau chaude avec une tisane
 159 ou quelque chose. À midi, c'est une omelette en poudre que je dilue aussi dans l'eau que je
 160 fais cuire au micro-onde avec un p'tit peu de légumes ou un p'tit peu de salade. Et le soir,
 161 c'est une soupe. Voilà donc... c'est... c'est hyper... Mon mari me dit « j'te, j'te tire mon
 162 chapeau parce que déjà quand on voit c'que tu manges, c'est d'jà pas évident » parce que
 163 c'est vrai qu'cest pas très très... c'est tout simple hein j'veux dire ça fait un p'tit truc comme
 164 ça »

165 « Ça donne pas envie. »

166 « Non. (*rires*) Et puis au bout de 15 jours on en a vite marre hein parce que là... ça fait quand
 167 même 1 mois que je mange mes omelettes tous les midis. Donc voilà. Mais bon à quelque
 168 part... c'est ça qui fait ma force parce que... je pense que... j'ai tellement envie de perdre du
 169 poids que... ces omelettes-là me donnent pas trop envie mais j'les mange quand même.
 170 Voilà. Tout en sachant que à côté bon, je... quelque chose de meilleur que c'que moi j'ai à
 171 manger mais bon. Maintenant... pour l'instant j'ai pas craqué. On verra bien. »

172 « Et... Du coup, est-ce qu'il y a eu... parce que quand j'demandais les autres moyens peut-
 173 être pour perdre du poids, y en a eu encore d'autres à part vos moyens personnels, ce
 174 régime-là... »

175 « Ben à part les régimes que j'ai essayé de faire moi-même... »

176 « Les régimes ? »

177 « Pardon ? »

178 « Les régimes ? »

179 « Oui, c'est pas le premier. C'est pas le premier. J'ai essayé de faire Weight Watchers mais
 180 j'ai laissé tomber parce que la méthode me plaisait pas du tout. Les réunions... »

181 « Qu'est-ce qui vous plaisez pas oui... »

182 « Les réunions avec ces personnes me plaisaient pas parce que... être pesée devant tout le
 183 monde... c'est pas mon truc. Les réunions... qu'ils faisaient... c'était pas personnel j'veux
 184 dire, on était obligé de parler devant tout le monde et puis on n'était pas toujours... peut-
 185 être écouté comme on, comme on voudrait être écouté. On n'a pas toujours les conseils
 186 qu'on attend. Parce qu'ils donnent des conseils ouais, mais c'est global, c'est pas du cas par
 187 cas. Parce qu'on n'est pas toutes pareilles. Moi je dis que y en a qui perdent très bien, y en a
 188 qui perdent moins bien, donc... Alors j'avais fait le régime Weight Watchers un moment,
 189 après j'ai fait un régime que j'ai fait moi toute seule mais bon... sans trop de résultats parce
 190 que comme j'vous disais la perte de poids était pas assez conséquente donc après on baisse
 191 les bras. »

192 « C'était quoi, faire attention ? »

193 « Oui, voilà, manger des légumes, manger des viandes blanches... Y a pas de suivi, c'est ça
 194 aussi. Il faut qu'il y ait un suivi je pense. Il faut que quelqu'un vous aide, quelqu'un vous...
 195 vous motive... puis vous explique parce que, dans un régime, des fois on fait des choses qui
 196 sont pas forcément bien. Mais si personne n'est derrière pour vous le dire, ben... les petites
 197 erreurs, on les corrige pas donc automatiquement ben... ça peut... ça peut... ne pas aider le
 198 régime à se... le corps ou le régime à faire comme ça devrait être. Et puis voilà. Donc j'avais
 199 fait celui-là, j'avais fait... j'avais essayé aussi NaturHouse à Hagondange mais... j'ai pas aimé
 200 non plus parce que ils vous donnent plein de cachets à manger, à prendre en même temps,
 201 à manger, à boire... Et puis c'était hyper cher. Donc voilà. J'ai pas fait longtemps. Et puis, les
 202 pertes de poids aussi n'étaient pas... »

203 « Oui, ça n'a pas était motivant pour vous... »

204 « Non, pas du tout. Moi il faut... dans mon cas à moi, je pense que moi c'est ça, c'est la
 205 carotte qu'on me met. Hein on dit toujours... je perds du poids comme j'en perds pas mal
 206 ben ça me motive encore plus. Tous les sacrifices qu'on fait, on s'dit c'est bon, ça paie.
 207 Voilà. »

208 « Et quel a été votre ressenti alors lors de vos tentatives de perte de poids ? »

209 « Ben au déb... la frustration parce que... on fait, on essaie de faire des efforts et puis on voit
 210 qu'on perd pas alors à quelque part... oui on est frustré parce qu'on s'dit mince, ça marche
 211 pas comme on veut... Oui, une frustration mais un peu de colère aussi peut-être parce que
 212 on arrive pas. On s'demande pourquoi et puis voilà. Oui, pour moi, c'était... un peu de
 213 frustration, un peu de colère, parce que oui... Là maintenant, j'me sens bien parce que... j'ai
 214 c'que j'veux. Voilà. Donc j'suis sereine. »

215 « Et là justement... juste avant on parlait d'échec alors mais à quoi attribuez-vous les... les
 216 causes de l'échec ? »

217 « Euh ben... (*soupir*) à quoi... ben comme j'ai pas le résultat que je veux... on baisse les bras
 218 plus facilement, voilà, c'est... On n'est pas motivée, on n'a pas de motivation parce que on a

- 219 pas le résultat espéré. J’pense que c’est ça. Oui. Donc après on s’dit « allez, oh, ça marche
 220 pas allez » On a une invitation à droite à gauche, on dit c’est pas la peine, j’vais manger
 221 aujourd’hui comme tout le monde parce que toutes façons... j’vais quand même perdre que
 222 100 grammes ou 50 grammes et puis après ben c’est un cercle vicieux parce que, on se
 223 repèse dans la semaine on n’a pas perdu, donc après on baisse les bras et puis voilà quoi. »
- 224 « Et du coup, et vous mettriez la cause sur quoi alors ? sur la maladie, sur vous-même... »
- 225 « Sur moi. Sur moi. Non, non, sur moi. »
- 226 « sur la méthode aussi, non »
- 227 « oui un peu des 2, la méthode qui est p’t-être pas... la bonne parce que on essaie de faire
 228 les choses, comme j’vous dis, on les fait p’t-être pas bien. Et puis oui pour moi, parce que
 229 j’m suis dit, je... je suis pas capable et puis j’arrive pas et puis voilà quoi, c’est... c’est
 230 personnel oui, si on n’arrive pas à... comment on peut expliquer ça. On a, on a un but et puis
 231 on voit qu’on n’y arrive pas. Quelque part on est frustré. Donc la frustration emmène un peu
 232 de colère, un peu de... et puis bah... on fait pas les choses comme il faut et puis quand on est
 233 énervé, en colère, ben on s’jette sur une plaque de chocolat, on... C’est comme ça hein je
 234 pense que... oui. C’est envers moi-même. Pas envers les autres, parce que les autres après
 235 apparemment... je vois pas pourquoi ce serait la faute des autres. C’est la faute... c’est de
 236 ma faute à moi. Parce que j’suis pas capable de le faire toute seule mais... voilà. Moi il me
 237 faut de l’aide, donc. »
- 238 « Si on... parle, on va parler de l’aide oui pourquoi pas. Et aussi du, du suivi du coup. En
 239 parlant de votre médecin généraliste, quel est votre vécu du suivi du poids chez le médecin
 240 généraliste ? »
- 241 « Jusqu’à maintenant ? »
- 242 «(approbation) »
- 243 « Ben mon médecin gé... alors les médecins généralistes, le mien moi personnellement, il
 244 m’a jamais trop rien dit, il me dit toujours que... quand on va le voir pour une consultation
 245 parce qu’on a si, parce qu’on a ça : “faut perdre du poids, faut perdre du poids” Ok, mais
 246 comment ? Alors ils vous disent faut éviter de manger trop sucré, faut éviter... trop gras,
 247 faut éviter ci, faut éviter ça... mais il nous donne pas... j’veux dire y a p... ou alors il faut aller
 248 voir un nutritionniste mais j’veux dire le médecin généraliste après lui, ça... ça s’arrête là
 249 quoi. Il nous donne les conseils, mais il ne nous dit pas exactement... C’est pas son rôle non
 250 plus. C’est un médecin traitant, j’veux dire c’est pas un nutritionniste. C’est pas un... J’ai déjà
 251 été voir aussi un nutritionniste une fois mais ça m’a pas plu du tout. »
- 252 « oui? »

- 253 « parce qu'il me faisait manger toutes les heures. Moi je... je peux pas manger toutes les
 254 heures de part mon travail et puis je suis pas une personne qui mange entre les repas donc
 255 j'avais du mal. »
- 256 « C'était une méthode qui vous convenait pas quoi. »
- 257 « Non pas du tout. Il faisait manger du pain et de la "vache qui rit" à 9h, à 11h. Moi sur mon
 258 poste de travail, je peux pas me permettre de manger déjà d'une et puis non. Moi j'ai toute
 259 la journée, j'peux pas. Moi mes repas, c'est matin, midi et soir. Éventuellement, un p'tit café
 260 à 4h ou un thé mais voilà. Donc... »
- 261 *Interruption par les ouvriers d'un chantier à la maison...*
- 262 « Voilà. Alors, oui on était en train de parler du vécu du suivi du poids »
- 263 « oui, avec le médecin. Oui ben voilà, ben comme j'vous disais mon médecin généraliste a
 264 toujours... bon il m'a toujours dit qu'il fallait faire attention au poids, qu'il fallait en perdre
 265 un p'tit peu, mais... après le suivi exact... il m'a donné des conseils mais j'veux dire ça
 266 s'arrêtait là. »
- 267 « Et selon vous, comment il pourrait vous aider alors à perdre du poids ? Plus con... peut-
 268 être plus concrètement, je sais pas ? »
- 269 « Ben peut-être, je sais pas, comme un nutritionniste en faisant un plan, en faisant... C'est
 270 compliqué hein de répondre à cette question parce que... j'sais pas, j'aurais... pour moi
 271 personnellement, moi j'ai besoin de... oui il aurait dû p't-être me donner... Il m'a donné des
 272 éléments à manger, à ne pas manger, mais... j'sais pas, j'sais pas pourquoi que j'ai pas
 273 arrivé... Non moi personnellement, même si on me dit, peut être qu'en me disant oui ben de
 274 toutes façons, j'ai essayé de faire comme il m'a dit. Je supprimais tout c'qui était un peu
 275 sucre, manger plus de légumes, et la perte de poids n'était pas assez conséquente je pense.
 276 À mon niveau à moi, il faut que... j'ai pas que... j'ai pas que 3, 4 kilos à perdre, j'en ai
 277 beaucoup plus. Donc... je sais pas ou alors, peut-être me prendre plus, plus en main ou me
 278 voir déjà plus souvent peut-être. Un suivi plus régulier ou... j'sais pas. »
- 279 « Oui. Le besoin d'être coaché peut-être un peu. »
- 280 « Oui, voilà. Voilà. »
- 281 « D'accord. »
- 282 « Mais on a besoin de ça parce que tout seul, j'crois qu'on n'y arrive... moi personnellement
 283 je n'y arrive pas. J'ai déjà essayé plusieurs fois. On perd un p'tit peu mais j'veux dire, c'est
 284 pas... On n'arrive pas sur le temps j'veux dire, y a pas assez de... oui à mon niveau à moi, moi
 285 j'pense qu'il me faut quelqu'un qui me dise... déjà qui me surveille puis que peut-être que
 286 quand ça va pas comme ça devrait être, me donner d'autres, p't-être d'autres solutions,

287 d'autres méthodes, d'autres façons de faire ou... Parce que je pense que suivant les
 288 personnes, suivant le cas par c... ça doit être du cas par cas j' pense il doit y avoir des choses
 289 à faire, des choses à ne pas faire ou... oui j' pense que ça doit être ça. »

290 « D'accord. »

291 « Peut-être que pour moi, il faut qu'on soit beaucoup plus derrière moi. »

292 « Oui. Bien. Et pour quelles raisons il vous semblerait difficile de consulter votre médecin
 293 généraliste justement pour un suivi ? Du poids hein »

294 « Moi personnellement, ça... moi, moi, pour moi, y a pas de problème. Mais j' pense que
 295 c'est vis-à-vis de lui. J' pense que ça doit être pas... c'est pas son truc. J' pense que lui c'est un
 296 médecin généraliste, donc quand on a un souci autre que la perte du poids, c'est très bien.
 297 On est très bien suivi, y a jamais... jamais eu de souci. Mais je pense que pour la perte de
 298 poids... j' pense ça doit pas être son domaine. Il donne des conseils oui, il en donne mais
 299 j' veux dire c'est pas... C'est pas comme un nutritionniste qu'il faut voir tous les 15 jours ou
 300 toutes les semaines et puis qui nous disent "voilà il faut vraiment faire ça, ça, ça" Lui, il nous
 301 donne les con... On sait c' qu'il faut qu'on mange, c' qu'il faut pas qu'on mange, mais ça
 302 s'arrête là. J' veux dire y a pas de plan alimentaire, y a pas de... y a pas de... Il m'a pas dit
 303 "venez toutes les semaines, tous les 15 jours, et puis on voit ensemble" Non. « Faites
 304 comme ça puis vous verrez bien » »

305 «Manque de régularité peut-être aussi ? »

306 « Oui voilà, j' pense. Oui. "Vous faites comme ça, vous essayez puis on... puis vous verrez
 307 bien" Voilà, ça s'arrête là. »

308 « C'est ça, c' que vous pourriez attendre ? Qu'est-ce que vous pourriez attendre de votre
 309 médecin généraliste ? »

310 « Plus de suivi, plus... Oui. Me dire "ben vous faites comme ça pendant... une semaine, on
 311 s'voit dans 8 jours. Si dans 8 jours, ça va pas... ben il faut être un peu plus strict ou alors il
 312 faut faire ça mais on se revoit plus souvent" J' pense que c'est un suivi plus régulier qu'il
 313 faudrait, oui, pour un médecin généraliste. Oui »

314 « D'accord. Et... Et là du coup, bon... d'un autre côté-là en ce moment, vous faites un suivi,
 315 donc avec un autre médecin. Et là, de ce côté-là, comment... comment vous vivez ce suivi là
 316 ? »

317 « Ben très bien. Très bien. En plus, c'est une personne qui est très gentille, très aimable. Elle
 318 est pas là pour nous juger, parce que ça aussi hein, y a des gens... qui peut-être à quelque
 319 part lance des petites choses, des petits pics et on se sent frustrée, on se sent pas bien.
 320 Donc non, Mme X... c'est très bien. Elle sait de quoi elle parle, j' veux dire elle nous explique
 321 bien les choses. Et... Du fait que le régime marche très bien, donc j' pense que oui, c'est dans

322 les deux sens. On a envie déjà parce que ça fonctionne. Elle, elle nous suit très bien donc... à
 323 quelque part ça nous encourage à chaque... à chaque visite, elle nous donne d'autres choses
 324 à faire, d'autres solutions, d'autres... et puis voilà, puis bon, après j' pense que je perds du
 325 poids, ça se passe très bien, j'en perdrais p't-être pas, ça s' passerait p't-être pas aussi bien
 326 hein, j' pense hein. Ouais, ouais. Ouais. Non, pour l' instant, c' est très bien et comme on se
 327 sent encadré, on a envie parce que ce qui se passe aussi c' est que, comme j' vous disais
 328 quand je cuisine pour mes enfants et mon mari, on a tendance à vouloir peut-être à quelque
 329 part... Craquer. Puis on s' dit "non", parce que j' ai rendez-vous chez Mme X... la semaine
 330 prochaine donc il faut que ça... il faut que le résultat soit là. Donc à quelque part, j' pense
 331 que c' est... oui c' est, c' est, c' est c' qui nous donne envie. C' est, c' est... parce que si on s' dit
 332 "si ça va pas, elle va pas être contente, ou même nous personnellement, ça va pas aller" et
 333 puis non c' est... Voilà. C' est... je sais que je vais la voir, donc il faut que mon résultat soit
 334 bon. Voilà. Donc... y a moins de... de craquage entre guillemets parce que il faut, il faut que
 335 quand on arrive chez Mme X... , on ait perdu nos 1 ou 2 kilos... »

336 « C' est l' objectif du rendez-vous quoi ? »

337 « Voilà. Voilà, c' est ça. La méthode passe bien. La méthode se passe bien + le rendez-vous
 338 qui arrive donc voilà, c' est... hyper motivant et on a envie. »

339 « Ben écoutez là j' ai fait un peu le tour des thèmes qui m' intéressaient. Je sais pas si y avait
 340 autre chose que vous souhaitiez... dire sur le vécu du poids en général, sur le vécu du suivi...
 341 avec le médecin. »

342 « Euh... non. Moi, j' vous dis ça se passe très bien. J' pense que ça se passe bien avec Mme
 343 X... Ça aurait p't-être été quelqu' un d' autre... Là, j' peux pas vous dire, parce que c' est la
 344 première fois que je fais cette méthode-là donc... première fois que j' essaie de faire un
 345 régime comme ça. Et pour moi, c' est encourageant, c' est très bien. Voilà. Question du poids,
 346 c' est vrai que... il faut pas en prendre si on peut éviter d' en prendre, il faut pas en prendre,
 347 mais bon. La vie fait que y a plein de p' tites choses, le laisser-aller..., le travail, manger vite,
 348 toujours... toujours faire vite, vite, vite... J' crois qu' c' est la... c' est, c' est, c' est le... le contexte
 349 qui fait qu' on prend un peu de poids mais si on peut éviter d' en prendre oui, parce qu' après
 350 c' est la galère. Pour le perdre, ça, c' est très difficile, le prendre, ça va tout seul hein. Mais
 351 pour le perdre, ouais... Mais la méthode-là, ça se passe bien. Avec Mme X... pour l' instant,
 352 c' est très bien. »

353 ... FIN des questions du guide d' entretien

354 « C' est vrai que les régimes, c' est du cas par cas. Donc on n' est p't-être pas toutes pareilles.
 355 On fonctionne pas toutes pareilles mais... moi, c' est mon ressenti. Voilà. »

356 « Donc justement c' est ça que j' essaie d' obtenir... les ressentis, bon c' est pas toujours
 357 simple de... de les obtenir et puis effectivement les ressentis... avoir des ressentis un peu
 358 différent en fonction des vécus. Tout le monde forcément n' a pas le même ressenti, n' a pas
 359 le même vécu... n' a pas les mêmes résultats, c' est sûr. »

360 « Oui, moi j'ai des amis qui, quand elles décident de perdre – bon elles ont moins de poids
 361 que moi quand même aussi – mais quand elles décident par exemple voilà, là maintenant,
 362 ça va être l'été... "Ah, ben en été, il faut que je remette mon maillot de bain, perdre 5 kilos
 363 comme ça..." Ça dépend des personnes hein, ça c'est, j'vous dis, c'est du cas par cas. Moi je
 364 sais que jusqu'à l'âge de... un peu avant l'âge de la cinquantaine, quand j'avais perdu 2/3
 365 kilos, ça allait. Mais là, maintenant, on peut plus, j'arrive plus avec la ménopause et tout.
 366 Puis tout le traitement que j'ai eu, j'pense que ça à quelque part, ça nous aide pas non plus
 367 ça. On arrive plus. Moi j'ai des fois, j'dis on regarde une plaque de chocolat, j'prends 500
 368 grammes. »

369 « C'est... ben c'est la motivation qui... qui manque à ce moment-là du coup ? »

370 « Pour... pour perdre le poids tout seul ? »

371 « Oui ben oui parce que... »

372 « Oui »

373 « Par rapport à votre vécu là, vu c'que vous avez connu. C'est ça que j'veux... »

374 « Oui voilà. Moi c'qu'il m'faut, c'est... Moi j'fonctionne comme ça, moi il me faut une
 375 carotte. Il m'faut quelque chose qui me dise... Là, j'vous dit 3 kilos en 15 jours, c'est hyper
 376 motivant. Parce qu'un régime, c'est quand même, c'est quand même... c'est frustrant à
 377 quelque part parce que, on peut pas vivre... et puis la vie sociale aussi, elle en prend un
 378 coup, j'veux dire, c'est un tout. Mais quand on a une motivation, quand on a une perte de
 379 poids aussi importante, on s'dit "oh ben super, j'ai fait un gros effort, j'ai pas beaucoup
 380 mangé, mes amis étaient là, j'ai pas mangé comme eux, mais ça paie" Donc ça donne envie
 381 de... ça donne envie de continuer j'veux dire, à quelque part. Si, c'est vrai, ça fait beaucoup,
 382 hein. Ça fait beaucoup quand on... quand on veut perdre du poids puis que c'est hyper
 383 motivant... le résultat hyper motivant, on s'dit "bon allez, on continue". Maintenant, j'me
 384 suis fixée... une dizaine de kilos, ben si j'arrive à les perdre, j's'rai la plus heureuse. Après
 385 faut voir pour pas les reprendre aussi, c'est ça. Mais là maintenant, comme je disais là, j'dois
 386 avoir mon estomac qui commence à... un p'tit peu rétrécir peut-être vu les quantités, elles
 387 sont quand même beaucoup plus, plus petite et... Quand je vois, là des fois, j'ai envie de
 388 manger ou même de boire, je sens que j'suis... j'suis pas bien. Parce que j'ai trop mangé.
 389 Donc j'pense qu'à quelque part, après ça va p't-être... »

390 « retrouver une habitude quoi... différente »

391 « (*approbation*) une alimentation différente. Déjà les proportions... on a tendance à manger
 392 un peu trop p't-être aussi. Ah oui hein. Voilà. »

PATIENT 11

1 « Voilà. Alors, comme je vous le disais à l'instant, on se rencontre aujourd'hui comme
2 convenu pour qu'on discute un p'tit peu du vécu du suivi du poids et notamment de ce vécu
3 chez le médecin généraliste. Le but pour moi, c'est d'argumenter ma thèse de docteur en
4 médecine. Et, l'entretien est donc enregistré pour pouvoir retranscrire au plus proche vos
5 propos, mais de manière anonyme. Alors, dans un premier temps, j'avais voulu savoir quel est
6 votre histoire personnelle concernant l'évolution de votre poids ? »

7 « En fait y'a eu 2... y'a eu 2 périodes, j'ai été assez mince jusque la puberté à peu près. Et...
8 ouais ...moi jusqu'à la puberté. J'ai eu ... alors, j'sais pas si c'est lié ou pas, mais...à la période
9 de la puberté j'ai été opéré. Vous savez j'avais les testicules qui étaient pas descendus. Donc
10 j'ai été opéré... pour les faire descendre. Et ...de manière un p'tit peu... je dirai une année ou
11 deux après, j'ai commencé à prendre du poids. Alors je sais pas si c'est lié ou pas ou si c'était
12 hormonal mais j'ai commencé à prendre du poids dans une période où je vivais seul avec ma
13 mère, mes parents étant divorcés à... quand j'avais 10-12ans, et...j'ai... je pense eu un p'tit
14 dérèglement alimentaire assez...assez...dans ces années-là, ...où j'ai mangé un p'tit peu sur le
15 pouce..., voilà... Et puis après, je me suis battu toute ma vie contre le poids, avec des
16 périodes où j'ai fait des gros...des gros régimes. J'en ai fait 2, des régimes hyper-protéinés
17 qui ont sur le coup plutôt bien marché...et aujourd'hui là je suis, ben... je suis dans une phase
18 où je fais de nouveau gaffe. Depuis qu'on s'est vu j'ai perdu 8 kg... mais l'idée c'était pl
19 ...c'est un peu plus vertueux...Je suis un peu plus...j'suis moins impatient de le perdre parce
20 que l'idée c'est de le perdre de manière un peu plus naturelle que ce que j'ai pu faire jusqu'à
21 présent. Mais je suis quelqu'un qui naturellement regarde une pâtisserie dans une vitrine et
22 je prends du poids alors que je mange pas beaucoup de sucre. Mais ça c'est une question
23 d'appétence. J'suis pas tellement intéressé par le sucre, j'aurai tendance à être gourmand, à
24 manger des grosses quantités...mais pour autant je pense pas mal m'alimenter aujourd'hui.
25 Je mange peut-être beaucoup,... mais je mange pas de frites...je mange plutôt des légumes,
26 j'aime bien ça...et si j'ai chan... j'ai eu un changement alimentaire qui a été consécutif en fait
27 à tous les examens médicaux que j'ai pu faire dans le cadre de l'achat de cette maison. Je
28 mange pratiquement plus de bœuf...mais pas par ... pas par parce qu'il faut pas le
29 faire...parce que j'en ai pas trop envie finalement. Et je me suis interrogé sur une pratique
30 alimentaire, que j'avais ... que j'avais...que j'avais jamais interrogée. C'est on va au resto par
31 exemple, je vais ...prendre une entrecôte ou un tartare etc... mais c'est plus du culturel et du
32 réflexe que de l'envie. Et aujourd'hui, j'ai un peu cette a...cette attitude-là de me dire mais
33 t'as vraiment envie de manger quoi et ... ben par ex... je pense que j'ai mangé moins de 5 - 6
34 fois de bœuf depuis le ... début octobre. Voilà, alors que j'étais quelqu'un qui en mangeait
35 plusieurs fois dans la semaine. Voilà ce que je peux dire un peu sur mon poids, c'est quelque
36 chose de complexe hein... Voilà je... en plus, bon, j'ai pas une grosse activité sportive... j'ai
37 un travail qui est plutôt sédentaire. »

38 « Oui c'est quoi ? »

39 « En fait on a ... repris,...alors moi j'ai un parcours...j'ai fait une... une maîtrise d'économie, il
40 y a vingt ... il y a un peu plus de vingt ans maintenant. J'ai travaillé successivement dans
41 l'intérim et dans la formation en tant que conseiller en formation pour les entreprises puis

42 après directeur d'un centre de formation toujours pour les salariés de l'entreprise avec la
 43 formation continue. Et il y a 6 ans, ... on a repris l'entreprise familiale de mes beaux-parents
 44 qui est une société d'événementiel et on organise des foires et des salons. Et à ce titre-là, on
 45 organise 3 événements dans l'année,...2 à Épinal, 1 à Saint-Dizier en Haute-Marne, un salon
 46 qu'on vient de terminer qui s'appelle planète et énergie, un autre le plus gros à Epinal qui
 47 est le salon habitat et bois. C'est un salon qui est spécialisé dans la construction ossature
 48 bois et une foire expo plus traditionnelle plus généraliste à Saint-Dizier aussi, voilà. Et donc
 49 on est 2 salariés dans la structure : Bénédicte et moi et on...et on organise... c'est-à-dire
 50 qu'on loue les emplacements, on les commercialise auprès des entreprises, on gère la
 51 sécurité, enfin tout, la logistique, etc., la communication et tout. »

52 « Et donc au niveau de l'activité physique ? »

53 « On a,... je...ouais voilà j'suis pas un grand, grand excité du sport, j'adore faire du ski...j'aime
 54 bien la plongée sous-marine aussi,... ça je fais. Mais après au quotidien, ... j'suis pas ...voilà,...
 55 faut vraiment que je me fasse violence pour aller un peu marcher ou faire du sport quoi. Bon
 56 voilà...en ce moment, c'est bon, il faut que j'm'y r'mette parce que j'ai 46 ans, et que... il faut
 57 que j'...au... à minimum, il faut que j'aille marcher, voilà. Ça aidera aussi, je pense, à réguler
 58 mon affaire de poids. »

59 « Qu'est-ce que l'excès de poids représente pour vous ? »

60 « ... euh... Alors plusieurs choses ...le... la coquetterie est moins évidente parce que moi
 61 j'aime bien les fringues et quand vous avez pris du poids c'est plus compliqué de s'habiller,
 62 ça c'est clair... Aujourd'hui le regard des autres, ...ça ne me pose pas trop de problèmes
 63 parce que j'ai un métier public, où je suis souvent interviewé pour les salons, j' fais de la télé,
 64 etc. Donc j'ai appris un peu à gérer ça, j' fais pas mal de prises de parole en public dans mes
 65 autres métiers. Donc là-dessus, j'ai pas de ... j'ai pas de problème d'estime de soi par rapport
 66 à... au regard des autres... Après inévitablement le côté santé, parce que je me rends compte
 67 que depuis 2-3 ans voilà le corps y change, j'ai 46 ans, ... je récupère pas forcément de la
 68 fatigue ... ou d'activités un peu plus physiques comme avant. Déjà le matin, j' me lève pas
 69 tout à fait de la même manière qu'il y a 10 ans, hein, je me sens pas, pas mal, mais on sent
 70 que la mécanique est plus la même. Donc... je pense que le...qu'il y a...le poids il est...il est...
 71 c'est un ennemi, plus on vieillit, plus c'est compliqué de... d'avoir un ...un surpoids
 72 important. »

73 « D'accord. Et si on parlait du mot obésité, est-ce que ça change quelque chose ? Est-ce qu'il
 74 y a d'autres représentations du mot ? »

75 « Ouais, c'est un peu vulgaire comme mot, moi j'aime pas trop le mot là, là c'est plus
 76 cliché...mais ... ah excusez-moi, j'ai quelqu'un qui vient ! » (*Courte interruption*)

77 « Ouais, j'aime pas trop le mot, moi je me considère pas comme quelqu'un d'obèse même si
 78 statistiquement je le suis peut-être. Là aujourd'hui, je fais 1m90 pour 111kg8. Je sais pas si
 79 c'est de l'obésité, mais j'aime pas trop le mot. »

80 « D'accord, et selon vous, on en a un p'tit peu parlé quand même, en quoi le poids influence
81 votre quotidien ? »

82 « ...J'en sais rien. ...je, je... j'en sais rien,... je pour... pourrai... je saurai pas quoi vous dire...je
83 sais pas. »

84 « D'accord. Est-ce qu'il y aurait une influence sur...alors physiquement d'une part mais aussi
85 sur la vie sociale ou sur d'autres aspects ? »

86 « Euh non... Non strictement pas! J'ai pas l'impression du tout que je sois mince, parce que
87 j'ai peur, depuis 20 ans que j'étais plus mince, plus gros, etc., ça j'ai pas l'impression que ça
88 ait beaucoup... influencé ma vie sociale, sincèrement. Ça a pas été un frein à l'embauche, ça
89 a pas été un frein dans mon développement d'activités, dans ma relation avec les autres...j'ai
90 ... on n'a jamais eu un réseau social aussi important qu'aujourd'hui. Après c'est peut-être lié
91 à mon âge, à notre âge,... on n'a pas mal de copains... dont on est proche, on a un cercle
92 d'amis assez important, qu'on voit fréquemment. Non, non... je, je ... la corrélation pour moi
93 n'est pas si évidente. Maintenant...j'ai fait... enfin j'ai fait un parcours professionnel plutôt
94 ascendant depuis que je suis sorti de l'école. Je suis reparti en formation lorsqu'on a repris
95 l'entreprise, j'ai fait un master 2 en finances. ... Mais j'peux pas dire que j'ai été mince ou
96 gros, ça ait changé grand-chose dans mon parcours professionnel et puis dans ma vie sociale
97 aussi. Enfin en tout cas, je le ressens pas tel quel... tel que, pardon. »

98 « Si on vient sur le thème de perdre du poids vous m'avez parlé de 2 moyens, est ce qu'on
99 peut préciser un petit peu quels ont été ces moyens mis en œuvre pour perdre du poids ? »

100 « J'ai fait un régime hyper protéiné y a 12 ans, c'est celui qui a marché vraiment le ... de
101 manière le plus rapide, et ... le plus spectaculaire puisque que je devais faire à peu près
102 120kg et je suis redescendu à 96kg en l'espace ... en 3 mois, voilà... Et j'ai repris ce poids
103 après sur les 4-5 ans qui ont suivi. C'était en 2007... Et puis, j'ai aussi une période où j'ai ...
104 j'ai fait pas mal de Jujitsu, et ... où j'en ai fait un peu plus et j'ai fait un peu gaffe à ce que je
105 mangeais où j'ai perdu du poids plus, plus naturellement. Mais c'était il y a ... j'sais pas... 25
106 ans à peu près ... Mais moi ... bon, je sais un peu comment mon corps fonctionne, c'est-à-
107 dire si j'arrête de boire l'apéro et si j'arrête de manger du pain et du fromage... je perds
108 assez vite du poids en fait, parce que j'ai ... je suis pas quelqu'un qui mange des viandes en
109 sauce, je mange pas de sucre, je ... presque pas, pour moi manger un dessert c'est un
110 calvaire... Enfin, je suis pas du tout, du tout sucré ... Il peut m'arriver de temps en temps
111 d'avoir un pic dans l'année ... Mais c'est très rare, c'est une fois ou deux dans l'année où je
112 vais manger 2 tablettes de chocolat d'un coup et après j'en mange plus pendant 6 mois.
113 Pour un gâteau, ça peut m'arriver aussi, je suis capable de manger un tiramisu complet et
114 puis de plus en manger pendant 6 mois après ... Mais voilà ... je sais que ... après c'est mon,
115 mon, mon régime alimentaire qui fait que je garde ou que je perds du poids, quoi... c'est
116 essentiellement ça, Mais je... j'ai déjà remarqué que par exemple, après je ne sais pas si c'est
117 médicalement lié, si je mange du sucre je... je peux vite avoir des petits problèmes
118 d'hypoglycémie mais ça depuis tout petit j'ai ça et ce qui fait que je mange pas de sucre

119 parce que j'aime pas ça... et puis euh ... Voilà, j'mange pas de bonbons ... fin je mange pas
 120 trop de cho... pas trop, enfin j'mange une fois ou deux dans l'année du chocolat. Mais
 121 clairement, hier soir, on était chez des copains, j'sais pas, il y avait une tarte poire chocolat,
 122 j'en ai pas mangé en dessert parce que ça ne me fait pas spécialement plaisir. Déjà tous mes
 123 copains le savent que je mange pas spécialement de ... de desserts quoi. »

124 « D'accord. Au niveau de la motivation, si on parle de la motivation à la recherche de perte
 125 de poids quelles sont ces sources de motivation ? »

126 « Être plus en forme... pouvoir m'habiller un peu ... plus différemment ... Un peu la santé
 127 aussi, en vieillissant, enfin en prenant de l'âge, je me rends bien compte qu'il faut perdre du
 128 poids, quoi. Ça a été un... lorsque vous m'avez vu, lorsqu'on était au... processus de ...
 129 d'examens médicaux pour l'assurance... je me suis bien rendu compte à un moment que la
 130 prise de sang n'était pas trop bonne, j'en ai fait une autre parce que j'ai fait un peu gaffe et
 131 j'ai pas ... enfin voilà la prise de sang n'est pas mauvaise, je suis un petit peu au-dessus de...
 132 Docteur X n'est pas super inquiète ... j'ai fait le holter tensionnel donc que vous m'aviez
 133 prescrit et ... pour l'instant elle préfère que je continue à perdre du poids avant de me
 134 prescrire un ... un traitement donc.. voilà je... la motivation c'est un peu ça quoi, c'est les
 135 fringues me sentir un peu mieux et puis ... et puis faire tenir compte de la ... (*aboïement du*
 136 *chien*) »

137 « Et si on parlait des contraintes... (*courte interruption suite à l'arrivée de l'épouse à la*
 138 *maison*) Si on parle maintenant des contraintes, quelles contraintes représenteraient la
 139 démarche de perte de poids ? »

140 « Euh c'est compliqué aujourd'hui dans le cadre du ... de la famille, parce qu'on a des
 141 enfants, 2 enfants qui ont 12 et 15 ans... et ... qui s'alimentent radicalement pas comme
 142 nous. Et ça c'est une vraie contrainte parce que Bénédicte et moi, on aurait tendance à
 143 manger à peu près la même chose. Après les enfants, c'est plus difficile, ils mangent à la
 144 cantine le midi ce qui fait que le soir... alors c'est moins vrai pour Marie ... euh mais Jules, par
 145 exemple, typiquement c'est un gamin qui mange pas de légumes, qui aime pas la viande
 146 hein ... qui en mange de la viande blanche ... mais qui n'est pas très branché viande, mais
 147 depuis tout petit. Ce qui fait à un moment qu'il faut faire des menus à géométrie variable et
 148 c'est pas forcément évident. Et après, il y aussi l'espace-temps dont on a ... dont on dispose,
 149 dont on dispose pour faire à manger... voilà... Donc les contraintes elles sont là surtout.
 150 Aujourd'hui c'est de ... de pouvoir ... et tenir un régime dans le cadre d'une alimentation où...
 151 où dans la famille on a un gamin qui fait du sport et qui a... qui y a pas lieu de mettre au
 152 régime et de faire manger des choses qu'il aime pas. C'est déjà le cas à midi ... donc... on se
 153 bat pas trop sur ce sujet-là, quoi. »

154 « D'accord. Et si on parle un peu de vécu, le vôtre, pendant ces recherches de pertes de
 155 poids. Quel a été votre ressenti lors de ces tentatives de perte de poids ? »

156 « Bah si ... si ... on va être... enfin parfois c'est frustrant parce que le moindre écart ou alors
 157 les ... alors on ... alors je vois que typiquement si je fais un écart le weekend, je récupère tout
 158 ce que j'ai perdu la semaine. Je vais perdre 2kg en... dans la semaine et je vais les reprendre
 159 le weekend... Donc c'est un peu frustrant, c'est de se dire ... ouais, on a fait des efforts dans
 160 la semaine sur 4-5 jours et en 2 jours on a tout récupéré... C'est plutôt de la frustration. »

161 « C'est ça qui prédomine ? »

162 « (approbation)»

163 « D'accord. Et si on en vient un petit peu au suivi avec le médecin généraliste, est ce qu'il y a
 164 eu des moyens qui ont été proposés par le médecin généraliste pour perdre du poids ? »

165 « Non, non ... elle ... alors moi je vais pas souvent chez le médecin généraliste parce que je
 166 suis pas souvent malade ... Je pense que je vais moins d'une fois par an chez le médecin...
 167 après... enfin je suis ... je me souviens même pas la dernière fois que je suis allé chez le
 168 médecin parce que j'étais ... malade, il y a peut-être 2-3 ans... Je suis venu vous voir et je suis
 169 venu voir le Docteur X après pour mon dossier médical mais pas plus que ça quoi... et on m'a
 170 jamais... non, on m'a jamais vraiment proposé quoique ce soit... On m'a toujours dit de faire
 171 attention parce que j'étais trop gros... mais ... on m'a pas fait de propositions, de
 172 préconisations, de suivi sur le sujet. »

173 « D'accord, bien. Et donc le vécu en général, le suivi chez le médecin généraliste ? »

174 « Si, elle va... elle va... alors ... elle aurait plus tendance à prendre en mains Bénédicte qui
 175 était sous stérilet ou sous pilule à une époque que moi par exemple... à ce sujet-là. Ce qui a
 176 un peu changé aussi c'est que ... on a arrêté de fumer l'année dernière... donc... ça... ça je
 177 constate aussi... en, en fumant moi je régulais plus facilement mon poids qu'en ne fumant
 178 pas... »

179 « D'accord »

180 « Mais je pense que ça a une donnée importante parce que je ... voilà ... du coup le corps
 181 cherche à compenser, à mon avis. On a ... moi, j'ai fumé pendant presque 30 ans de ma vie
 182 quand même, c'est pas ... pas rien... Et ... et il y a aussi cette phase-là, où quelque part le
 183 corps réagit pas de la même manière. Maintenant de manière... ça le Docteur X sait qu'on a
 184 arrêté de fumer, hein... mais ... moi elle m'a jamais proposé quoique ce soit en termes de
 185 poids, elle m'a toujours dit faut faire gaffe... mais elle m'a jamais proposé un suivi particulier.
 186 (en s'adressant à sa femme qui passait dans la pièce) Toi, ta gynéco, par exemple, est peut-
 187 être plus sensible à ce sujet-là que ... que le médecin généraliste... »

188 « D'accord. Et votre sentiment avant de monter sur la balance par exemple, enfin si on... si y
 189 a quelque chose ou ... »

190 « J'espère toujours que j'en ai pas repris quoi, mais ... non sinon ... Mais je me pèse tous les
 191 matins par exemple. Je me pèse systématiquement alors je sais que c'est pas bien mais je le
 192 fais quand même... Je me suis toujours pesé tous les matins... depuis de nombreuses
 193 années. »

194 « D'accord. Bien. Et selon vous comment votre médecin généraliste pourrait vous aider alors
 195 à perdre du poids ? »

196 « Mais ... Il faudrait qu'il me marque un peu plus à la culotte. C'est sûr que y a... j'ai pas de
 197 contrainte par rapport à ça... mais ... alors après il y a aussi la démarche d'aller voir un
 198 diététicien ou un nutritionniste, hein, que je fais pas, mais c'est vrai que là-dessus, j'ai... j'ai
 199 l'impression, que enfin, en tout cas mon médecin généraliste, ... me met ... me met pas la
 200 pression sur ce sujet-là. »

201 « Bien. Et pour quelles raisons il vous semblerait difficile de consulter alors votre médecin
 202 généraliste pour le suivi du poids ? S'il y en a ? »

203 « Parce que je considère pas ça comme une maladie et que ... et que c'est... j'ai pas besoin
 204 de médicaments, à priori, pour perdre du poids. Donc c'est un peu de ma propre volonté
 205 que les choses peuvent se déclencher... donc j'estime que c'est pas ... pour moi... dans cette
 206 situation-là ... , voilà, ... J'irai pas voir un, le médecin pour ça. Je me suis... me trouve pas
 207 assez gros. »

208 « D'accord. Est-ce que vous attendez du coup quelque chose de plus de votre médecin
 209 généraliste ? Est-ce que vous pouvez attendre quelque chose d'autre de sa part concernant
 210 le suivi du poids ? »

211 « Non, pas pour l'instant. Non, pas pour l'instant parce que je ... j'ai encore, dans, dans mon
 212 esprit le fait de dire que je vais chez le médecin si j'suis malade... Et puis de l'autre côté, elle
 213 m'a jamais ... pris la tête sur ce sujet-là, donc... voilà. »

214 « D'accord. Bien. on arrive tout doucement au terme de notre entretien. Est-ce qu'il y avait
 215 d'autres choses qui vous traversaient là sur le suivi du poids en général ou votre vécu ? »

216 « Non ! Non, non, je crois qu'on a fait un peu le... le tour de la question, j'ai pas grand-chose
 217 d'autres à rajouter... »

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : L'obésité est un problème de santé publique dont la prévalence ne cesse de s'accroître au fil des années. En France, la Haute Autorité de Santé a publié des recommandations plaçant le médecin généraliste (MG) au centre de la prise en charge de premier recours. L'objectif de cette étude est de décrire le vécu de l'excès de poids et d'identifier les freins à un suivi dédié du poids par le MG des patients en obésité modérée à sévère (IMC compris entre 30 et 39,9 kg/m²).

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients recrutés en consultation de médecine générale. L'analyse des entretiens a été menée selon la méthode de théorisation ancrée.

Résultats : Onze patients ont été interrogés (6 femmes et 5 hommes). Ils ont fait part de vécus difficiles de leur excès de poids liés notamment à la stigmatisation de la société et à l'image de soi. Leurs croyances les poussaient à pratiquer une forte restriction cognitive lors des démarches de perte pondérale qui étaient essentiellement motivées par la santé. Pour les freins au suivi avec le MG, les jugements de valeur du MG, et le manque de temps pour l'écoute ont été soulignés. Les attentes de perte de poids élevées des patients ou leurs expériences passées négatives pouvaient constituer des freins. Modifier ses habitudes alimentaires semblait compliqué pour eux. Ils attendaient du MG d'être encouragés et non culpabilisés, ainsi qu'une reconnaissance de leur maladie.

Conclusion : Ces résultats rappellent l'importance de l'écoute pour la prise en charge de la personne obèse dans sa globalité par le MG.

TITRE EN ANGLAIS : Management of moderate-to-severe obesity: identification of the obstacles to a dedicated follow-up by the general practitioner, the patients' point of view

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2019

MOTS CLÉS : prise en charge de l'obésité, médecine générale, suivi

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDŒUVRE-LÈS-NANCY Cedex
