

Université de Bordeaux

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2023

Thèse N° 92

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 5 octobre 2023 par

Aurélie SEKONIAN

Née le 24 octobre 1992 à Marseille

**RAISONS DU RECOURS AUX PROGRAMMES MINCEUR AVEC LIVRAISON DE  
REPAS CHEZ LES ADULTES OBÈSES OU EN SURPOIDS. ETUDE QUALITATIVE  
MENEES DANS LE DEPARTEMENT DES LANDES.**

Sous la direction du Dr. Jean-François GUILLE

### **JURY**

Professeur Jean-Philippe JOSEPH ..... Président  
Professeur Christophe ADAM ..... Rapporteur et Juge  
Docteur Yves-Marie VINCENT ..... Juge  
Docteur Thierry GOURGUES ..... Juge  
Docteur Jean-François GUILLE ..... Directeur et Juge

## REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

*Directeur du Département de Médecine Générale de Bordeaux et médecin généraliste à Bordeaux.*

Vous me faites l'honneur de présider mon jury. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Monsieur le Professeur ADAM,

*Professeur associé au Département de Médecine Générale de Bordeaux et médecin généraliste à Mérignac*

Merci d'avoir accepté d'être rapporteur de cette thèse, pour vos précieux conseils lors de la relecture de mon travail, ainsi que d'avoir intégré mon jury. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Yves Marie VINCENT,

*Chef de clinique et médecin généraliste à Preignac*

Merci d'avoir accepté d'intégrer mon jury et d'évaluer mon travail.

À Monsieur le Docteur Jean-François GUILLE,

*Médecin généraliste à Gabarret*

Merci d'avoir dirigé mon travail. Ton soutien et ta disponibilité ont été essentiels. Merci d'avoir été à l'initiative de cette thèse. Je te remercie également pour tes conseils précieux et le temps que tu m'as accordé en tant que maître de stage durant mes 6 mois à tes côtés.

À Monsieur le Docteur Thierry GOURGUES

*Médecin généraliste à Saint-Justin*

Merci d'avoir intégré mon jury quelques années plus tard et d'évaluer mon travail. Merci de ta disponibilité, ton accueil au cabinet et les 6 mois qui ont suivi.

Merci à tous les patients qui ont accepté de participer à cette étude et à tous les médecins et IDE Asalée ayant accepté d'exposer l'affiche dans leurs cabinets.

# Table des matières

<b>ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>6</b>
A. Définition et prévalence du surpoids et de l'obésité en France .....	6
B. Conséquences du surpoids et de l'obésité .....	8
C. Dépistage en soins primaires et identification des facteurs de risque .....	8
D. Stratégies de prise en charge actuelles .....	9
E. Offre de soins et émergence des programmes minceur .....	10
F. Problématique et but de l'étude .....	11
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>12</b>
A. Type d'étude.....	12
B. Population de l'étude et constitution de l'échantillon .....	12
C. Guide d'entretien.....	13
D. Recueil des données et déroulement des entretiens .....	14
E. Retranscription et analyse des données .....	14
F. Aspects éthiques et réglementaires.....	15
G. Critères de validité .....	15
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>16</b>
A. Population de l'étude.....	16
1. Caractéristiques de la population .....	16
2. Caractéristiques des entretiens.....	16
B. Résultats principaux.....	17
1. Les facteurs à l'origine de la recherche de perte de poids.....	17
2. La place des programmes minceur avec livraison de repas dans la démarche de perte de poids.....	19
3. Les autres méthodes de perte de poids envisagées ou choisies en amont du programme minceur et le ressenti vis-à-vis de celles-ci .....	20
4. Mode de découverte de la méthode programme minceur avec livraison de repas .....	23
5. Les arguments ayant entraîné le choix de la méthode .....	24
6. Raisons de l'arrêt de la méthode .....	27
7. La projection sur l'après programme .....	28
8. Le partage d'expérience et ses modes .....	29
9. La place perçue du médecin généraliste .....	30
10. Impact du lieu de vie sur le choix de la démarche .....	32
11. Les axes d'amélioration de la prise en charge.....	32
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>34</b>
A. Validité interne .....	34
1. La méthode .....	34
2. Les biais .....	35
B. Discussion des résultats .....	36
1. Discordances entre théorie, pratiques et attentes .....	36
2. Les échecs de prise en charge et le manque d'information .....	39

3. Dépistage et prévention : éléments clés de la prise en charge.....	42
<b>C. Perspectives.....</b>	<b>46</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>48</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>49</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>54</b>
Annexe 1 : .....	54
Annexe 2 : .....	55
Annexe 3 : .....	56
Annexe 4 : .....	59
Annexe 5 : .....	60
Annexe 6 : .....	62
<b>RESUME.....</b>	<b>66</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>67</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE.....</b>	<b>68</b>

# ABRÉVIATIONS

E : Entretien

IMC : Indice de Masse Corporelle

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

AP : Activité Physique

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

CSO : Centre Spécialisé de l'Obésité

PMALR : Programme minceur avec livraison de repas

YYYYY : Programme mineur avec livraison de repas dont le nom a été anonymisé

XXXXX : Programme minceur sans livraison de repas dont le nom a été anonymisé

HTA : Hypertension artérielle

DT2 : Diabète de type 2

# INTRODUCTION

## A. Définition et prévalence du surpoids et de l'obésité en France

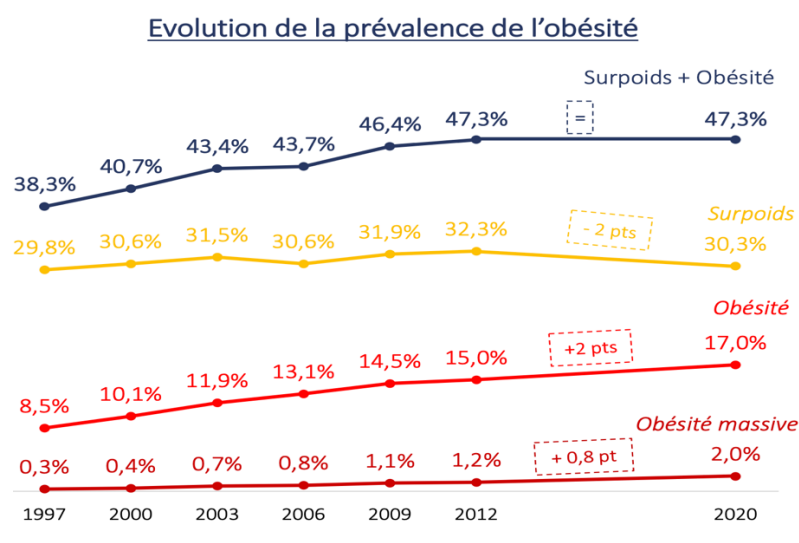
L'Organisation mondiale de la santé (OMS), définit le surpoids et l'obésité comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé.

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez les populations et les individus adultes. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m<sup>2</sup>. L'IMC est corrélé à la quantité de masse adipeuse et c'est la mesure la plus utile pour évaluer le surpoids et l'obésité au niveau de la population car elle s'applique aux deux sexes et à toutes les tranches d'âge adulte. L'IMC doit toutefois être considéré comme une indication approximative car, au niveau individuel, il ne correspond pas nécessairement à la même masse graisseuse selon les individus.

L'OMS définit le surpoids par un IMC égal ou supérieur à 25kg/m<sup>2</sup> et l'obésité par un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup>.

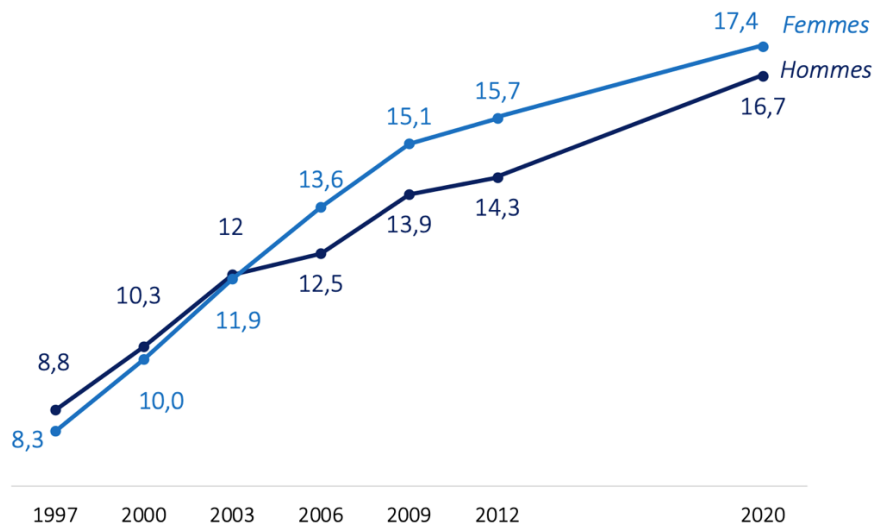
Le diagnostic de surpoids et d'obésité repose donc essentiellement sur l'IMC. Cependant, le tour de taille est un marqueur simple qui doit également être pris en compte pour prédire les facteurs de risque métabolique et vasculaire. Son augmentation est associée à une augmentation de risque de diabète de type 2 et du risque cardiovasculaire. (1)

L'obésité et le surpoids sont de plus en plus fréquents. En France, la prévalence de l'obésité est estimée à 17%, celle du surpoids à 30,3% (47,3% en totalité pour surpoids et obésité). L'étude OBEPI de 2020 nous montre une diminution de la prévalence du surpoids depuis 2012 mais une augmentation de la prévalence de l'obésité.



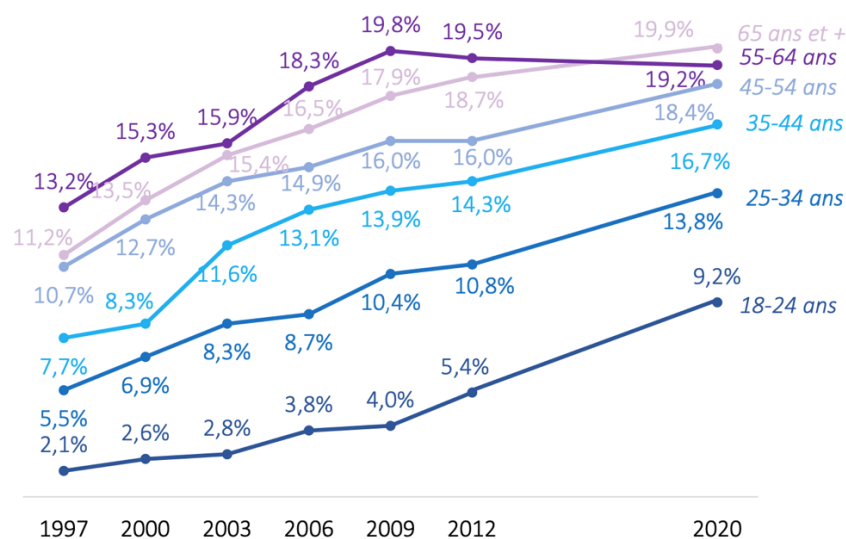
La prévalence de l'obésité reste plus importante chez les femmes (17,4% en 2020) que chez les hommes (16,7% en 2020) même si son augmentation par rapport à 2012 a été plus importante chez les hommes. Les hommes sont donc légèrement moins touchés que les femmes mais les progressions les plus importantes s'opèrent pourtant chez eux (augmentation de 2,4% contre 1,7% chez les femmes).

Evolution de la prévalence de l'obésité  
selon le sexe



D'autre part, la prévalence de l'obésité a augmenté depuis 2012 dans toutes les tranches d'âge hormis la tranche des 55-64 ans qui a vu sa prévalence diminuer.

Evolution de la prévalence de l'obésité  
selon l'âge



La prévalence de l'obésité est également plus importante chez les ouvriers, les employés, les professions intermédiaires que chez les cadres.

Sur le plan régional, la Nouvelle Aquitaine compte 16,6% de sujets obèses, zones rurales et urbaines confondues. (2)

## B. Conséquences du surpoids et de l'obésité

Les personnes atteintes d'obésité sont plus susceptibles de souffrir d'un certain nombre de maladies graves, qui ont pour la plupart comme conséquence de limiter l'espérance de vie. En plus des conséquences physiques, l'obésité a également des conséquences psychologiques et sociales considérables.

Les conséquences physiques d'une masse corporelle élevée sont aujourd'hui bien connues. Ces patients ont une probabilité plus importante de développer un diabète de type 2, une hypertension artérielle, des maladies coronariennes et vasculaires, un cancer. (3) De façon moins grave mais altérant la qualité de vie, l'obésité est également un facteur aggravant de la maladie veineuse et lymphatique, entraîne des complications cutanées, des complications ostéoarticulaires (3), une altération de la fertilité/fécondité (4) ainsi que des troubles respiratoires et du sommeil. (5)

Sur le plan social, la personne en surpoids ou obèse doit faire face à une stigmatisation croissante à tous les échelons de la société. Ces stigmatisations récurrentes, parfois inconscientes, accroissent la désocialisation et isolent de plus en plus tôt. (6)

L'obésité est donc une maladie chronique, augmentant la morbidité.

Pour toutes ces raisons, un dépistage du surpoids et de l'obésité en soins primaires ainsi que la prévention de leur apparition est indispensable.

## C. Dépistage en soins primaires et identification des facteurs de risque

Le médecin généraliste doit relever taille et poids pour tous les patients afin de calculer l'IMC quel que soit le motif de consultation et suivre son évolution par pesées régulières des patients. (1)

L'obésité est le résultat d'un déséquilibre prolongé de la balance énergétique : les apports énergétiques journaliers dépassent 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. (7)



Ces facteurs ont été identifiés comme étant associés au surpoids et à l'obésité chez l'adulte et doivent donc être recherchés en consultation de médecine générale :

- Des apports énergétiques excessifs
- L'arrêt ou l'absence d'activité physique et sportive ainsi que la sédentarité
- L'arrêt du tabac
- La consommation d'alcool
- La prise de certains médicaments
- Les facteurs génétiques et antécédents familiaux d'obésité ainsi qu'un antécédent personnel d'obésité dans l'enfance
- Les événements de vie, changements d'habitudes, changements de mode de vie, périodes de vulnérabilité psychologique ou sociale
- Facteurs professionnels
- Les troubles du comportement alimentaire (impulsivité alimentaire, compulsions alimentaires, hyperphagie boulimique)
- La ménopause
- Les troubles anxiodépressifs et la diminution du temps de sommeil

## D. Stratégies de prise en charge actuelles

L'obésité est, comme cité précédemment, une maladie chronique multifactorielle qui nécessite donc des stratégies de prise en charge efficaces à long terme. (1)

Un patient en excès de poids doit faire l'objet d'une prise en charge spécifique par le médecin de premier recours dans le cadre de consultations dédiées avec un suivi programmé.

La prise en charge de l'obésité est fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient.

Comme pour d'autres maladies chroniques, elle est en effet incontournable dans la prise en charge de l'obésité. Elle fait du patient un acteur de sa propre santé.

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique vise à aider le patient à acquérir ou à maintenir les connaissances et compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique.

Elle vise également à l'accompagner dans la mise en place des changements. Il s'agit d'un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. (1)

L'Inserm a retenu les objectifs suivants : (8)

- La perte de poids. Une perte de poids de 5 % à 15 % par rapport au poids initial est à la fois réaliste et suffisante pour contrôler l'essentiel des comorbidités dans la majorité des cas. Cependant, interrompre la prise de poids est déjà un objectif intéressant pour les patients qui sont en situation d'échec ou qui n'ont qu'un simple surpoids sans comorbidité.
- La stabilité pondérale. La prévention de la rechute est capitale. La reprise de poids après amaigrissement est l'évolution naturelle. Il existe de nombreux facteurs de résistance à l'amaigrissement, qu'ils soient physiologiques, génétiques ou liés à la pression de l'environnement ou encore psychologiques et comportementaux.

- La prise en charge des comorbidités. Elle est un des objectifs prioritaires. Elle ne doit pas être négligée au profit de la seule réduction pondérale, qui n'est pas toujours suffisamment efficace en elle-même.
- Préserver la qualité de vie du patient dans ses trois dimensions : somatique, psychologique et sociale. Une raison importante de la recherche de perte de poids, pour beaucoup de personnes ayant une obésité, est d'ordre psychologique : se sentir mieux, améliorer sa qualité de vie, etc. Dans la pratique, les personnes sont contentes et fières d'avoir maigri. L'entourage du patient réagit également par de nombreux éloges. L'amélioration du bien-être, de l'estime de soi et de l'intégration sociale ne nécessite pas forcément une perte de poids massive.

Les objectifs de perte de poids doivent donc être réalistes, mais surtout individualisés et à long terme.

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. Si au bout de six mois à un an les objectifs thérapeutiques ne sont pas atteints malgré la prise en charge, le médecin peut faire appel à d'autres professionnels, en accord avec le patient, tout en continuant à le suivre (diététicien ou médecin spécialisé en nutrition, psychologue et/ou psychiatre, professionnel en activité physique adaptée).

De plus, afin d'aider à cette prise en charge, le gouvernement a lancé en septembre 2019 le quatrième Programme National Nutrition Santé (PNNS). (9). Il a notamment pour but d'améliorer pour tous l'environnement alimentaire et physique afin de le rendre plus favorable à la santé, comprenant le déploiement du Nutri-Score afin d'offrir à chacun de l'aide sans ses choix alimentaires. D'autre part, il vise à encourager des comportements favorables à la santé de plusieurs façons : mise à disposition de sites internet dont manger-bouger.fr bénéficiant de mise à jour régulières, éducation à l'alimentation de la maternelle au lycée, possibilité de prescription d'activité physique adaptée.

## E. Offre de soins et émergence des programmes minceur

Il existe un grand nombre de professionnels de santé et de structures habilités à la prise en charge des personnes en surpoids/obésité, mettant en place des parcours de santé gradués et coordonnés veillant à réduire les inégalités d'accès aux soins et à améliorer la qualité des prises en charge. (10)

Cependant, cette offre de soins varie en fonction de la disponibilité locale des différents professionnels.

D'autre part, depuis plusieurs années, il existe en parallèle de ces prises en charge pluridisciplinaires, l'émergence de programmes minceurs diverses notamment avec livraison de repas à domicile, visant un objectif de perte de poids sur un temps généralement déterminé à l'avance. Depuis plusieurs années les offres se multiplient sur le marché.

Ces programmes sont payants, à distance, et proposent des repas quotidiens préparés et a priori adaptés aux besoins énergétiques individuels établis après évaluation par un diététicien ou « coach expert minceur » sans que le patient n'ait à se préoccuper lui-même de ses apports énergétiques quotidiens.

## F. Problématique et but de l'étude

Le point de départ de ce sujet de thèse est la rencontre en cabinet de médecine générale à Gabarret, en zone rurale du département des Landes, de patients en situation de surpoids ou obésité depuis plusieurs années qui, par constat du médecin traitant d'une perte de poids ou de façon spontanée, évoquent avoir eu ou avoir actuellement recours à des programmes de perte de poids avec livraison de repas à domicile.

Comme cité précédemment, l'obésité est une maladie chronique, multifactorielle, nécessitant une prise en charge globale, à long terme, centrée sur le patient, et nécessitant une communication adaptée. Ces programmes, eux, sont par définition envisagés sur des périodes considérées comme de moyenne ou courte durée, incluant une prise en charge axée sur la nutrition et incluant une communication à distance avec un professionnel non connu du patient.

Le sujet du surpoids et de l'obésité reste complexe pour le médecin généraliste qui se trouve en première ligne en ce qui concerne la prévention, l'information mais aussi la prise en charge. Devant cet engouement, nous nous sommes posé la question du fonctionnement des patients. Pourquoi se dirigent-ils vers ce type de programmes, quelles sont leurs attentes, leurs expériences personnelles vis à vis du surpoids et de l'obésité afin de mieux les accompagner dans leur démarche de perte de poids.

Cette étude qualitative a été menée dans le département des Landes et vise donc à identifier les raisons du recours aux programmes minceur avec livraison de repas chez les adultes obèses ou en surpoids.

# MATERIEL ET METHODE

## A. Type d'étude

La recherche qualitative est particulièrement adaptée lorsque la question de recherche est en lien avec la compréhension d'un phénomène social dans une population donnée et avec le sens que donnent les participants à leur vécu. Elle permet d'explorer des phénomènes sociaux avec l'expérience et la perception des personnes interrogées.

Cette démarche qualitative est de ce fait particulièrement adaptée à l'exercice de la médecine générale, nécessitant souvent de s'éloigner des certitudes techniques et à la croisée du biomédical, du social, de la personne et sa conformation psychologique. (11)

De plus, nombre de méthodes et de techniques utilisées lors de la recherche qualitative mobilisent des compétences extrêmement utiles pour pratiquer le soin centré sur la personne et la décision partagée : l'écoute active, la reformulation, la capacité à dépasser les réponses superficielles, l'empathie, sont des instruments de collecte de données, en recherche qualitative, comme en consultation. Le processus global de la recherche débute par une description des données pour aboutir à une interprétation, sans hypothèse de départ, débouchant dans notre cas sur des perspectives d'amélioration des pratiques. Nous avons choisi pour cela de travailler par théorisation ancrée. (11)

L'objectif principal étant d'identifier les raisons de l'engouement pour une méthode de perte de poids précise, la méthode qualitative s'est présentée comme la plus pertinente pour cette étude.

L'étude qualitative réalisée est basée sur des entretiens semi-dirigés pour offrir une liberté de parole aux patients et la possibilité de verbaliser leurs choix, les raisons de ces choix et leurs expériences autour de la perte de poids.

## B. Population de l'étude et constitution de l'échantillon

La taille de l'échantillon n'a pas été déterminée à l'avance. Elle dépendait du nombre d'entretiens nécessaires à l'obtention d'une saturation théorique des données, afin de faire émerger tous les points de vue sur le sujet. Les entretiens ont été arrêtés lorsqu'aucun nouvel élément n'a émergé, dans notre cas au bout de dix entretiens. Saturation confirmée ensuite par deux entretiens.

L'échantillon ne nécessitait pas d'être représentatif de la population. Il s'agissait de recruter des participants pour constituer un échantillon raisonné au fur et à mesure de la recherche avec le souci d'une expression maximale de la diversité des critères sociodémographiques. (11)

Les participants de l'étude étaient des patients vivant dans le département des Landes, de plus de 18 ans, en situation de surpoids ou obésité et ayant ou ayant eu recours au moment de l'interrogatoire à un ou des programmes minceur avec livraison de repas à domicile.

Dans le but d'obtenir l'échantillon le plus hétérogène possible, ont été inclus des hommes et des femmes adultes peu importe leur âge.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être majeur
- Avoir été ou être en recherche de perte de poids dans un contexte de surpoids ou obésité
- Vivre dans le département des Landes
- Suivre ou avoir suivi un programme minceur avec livraison de repas à domicile

Les critères d'exclusion étaient :

- Être mineur
- Ne jamais avoir suivi de programme de perte de poids incluant une livraison de repas à domicile
- Être en demande de perte de poids sans contexte de surpoids ou obésité
- Vivre dans un autre département que les Landes lors du programme

L'échantillonnage a recherché la variation maximale sur les caractéristiques suivantes : les comorbidités, le sexe, l'âge, la localisation géographique (milieu rural ou urbain), l'activité physique, l'emploi et le statut familial. Cette sélection a été réalisée en tenant compte de critères susceptibles d'exercer une influence sur la volonté de perdre du poids, la facilité organisationnelle à la prise en charge et l'encadrement de celle-ci.

## C. Guide d'entretien

Chaque entretien débutait par un rappel de l'objectif de l'entretien avec des termes volontairement succincts pour ne pas influencer le participant dans ses réponses.

En réalisant le guide d'entretien, il ne s'agissait pas d'anticiper le contenu des données recueillies ni de répondre à des théories préconçues mais de réaliser un outil indispensable à la bonne conduite des entretiens.

Les questions du guide ont été réalisées en vue d'être neutres, ouvertes (c'est-à-dire auxquelles on ne peut pas répondre par oui ou par non), simples, claires pour la personne interrogée pour ne pas empêcher l'émergence de thèmes que nous n'aurions pas envisagés. Des questions de relance permettaient de stimuler l'échange ou d'approfondir les idées évoquées.

Ce guide d'entretien comportait plusieurs parties :

- Une question d'introduction « brise-glace » qui permettait au patient interrogé de se présenter
- Une question ouverte qui devait orienter la discussion vers le sujet de la perte de poids permettant au patient de s'exprimer librement, sans pour autant évoquer une quelconque méthode pour y parvenir

- Six autres questions permettant d'aborder les sujets suivants : méthodes de perte de poids utilisées avant le programme minceur avec livraison de repas, le rôle perçu du milieu médical dont le médecin généraliste, le mode de découverte de ces programmes, le(s) élément(s) principal(aux) ayant entraîné le choix de la méthode, les raisons de l'arrêt du programme, le partage d'expérience, la projection sur « l'après » programme
- Une dernière question ouverte permettant au patient de s'exprimer sur un point lui paraissant judicieux et qui n'aurait pas été abordé

Ce guide d'entretien est disponible en Annexe 2.

Le guide d'entretien n'a pas été testé au préalable. Il s'est modifié secondairement avec l'ajout de la question de la projection sur « l'après » programme à la suite du deuxième entretien.

## D. Recueil des données et déroulement des entretiens

Des cabinets de groupe (au moins deux médecins généralistes disposant ou non d'un(e) infirmier(e) du dispositif Asalée) situés dans les Landes (en zone rurale ou urbaine) ont été contactés par le biais de leur secrétariat ou par mail directement lorsque les médecins figuraient dans le carnet d'adresse de médecins précédemment contactés. Le sujet de thèse leur a été expliqué et ils donnaient ou non leur accord pour l'exposition en salle d'attente d'une affiche (présente en Annexe 1). Dix cabinets ont été contactés. Deux cabinets n'ont pas donné suite au message laissé au secrétariat. Aucun autre des cabinets contactés n'a refusé d'exposer l'affiche. Lorsque les cabinets donnaient leur accord, cette affiche leur était envoyée par mail puis exposée par leurs soins en salle d'attente. Si les patients se manifestaient et étaient volontaires pour répondre aux questions, soit ils me contactaient directement d'eux-mêmes, soit le médecin m'envoyait leurs coordonnées et ils étaient contactés par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous pour la réalisation d'un entretien en présentiel.

Les entretiens se sont déroulés de manière individuelle, de façon semi-dirigée, suivant le guide d'entretien, en présentiel, à leur domicile pour la majorité des patients interrogés. Seulement deux entretiens ont été réalisés par téléphone pour des raisons de disponibilité des sujets interrogés.

Après recueil d'un consentement oral du participant, les entretiens ont été enregistrés au dictaphone de façon anonyme, afin d'être retranscrits dans un second temps.

## E. Retranscription et analyse des données

Lors de la retranscription, les entretiens ont été renommés « E1 » pour le premier, « E2 » pour le deuxième entretien etc. Une transcription intégrale a été réalisée, « mot à mot », pour limiter la perte d'information.

Les données concernant les caractéristiques sociodémographiques des patients ont été extraites pour décrire l'échantillon.

L'analyse a pu être possible de façon progressive après retranscription écrite des entretiens.

Les verbatims ont été analysés via un travail de codage de données sur le logiciel N'Vivo.

A la suite d'un double-encodage réalisé par le Dr Amanda Zeraoui pour la moitié des entretiens effectués, une triangulation des données a pu être réalisée afin d'assurer une meilleure validité à l'étude.

## F. Aspects éthiques et réglementaires

Une déclaration de conformité à la méthodologie de référence MR-003 a été déposée auprès de la CNIL.

Selon la loi dite Jardé en application depuis 2016 (12), cette recherche étant menée sur des personnes humaines en vue du développement de connaissances médicales, elle rentre dans le cadre d'une recherche impliquant la personne humaine (RIPH) de catégorie 3 (non interventionnelle et observationnelle). Une demande d'autorisation auprès du CPP a donc été réalisée avec obtention d'un avis favorable.

La confidentialité a été garantie grâce à l'anonymisation des entretiens : absence lors de l'enregistrement au dictaphone ainsi que lors de la retranscription des noms de famille, prénoms, dates de naissance, lieux de vie des sujets interrogés.

Nous avons réalisé un recueil du consentement oral de l'interviewé.

## G. Critères de validité

L'étude a été réalisée en prenant compte des critères de validité COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) proposant une liste de trente-deux items constituant une grille de qualité d'une recherche qualitative (présente en Annexe 3).

Un journal de bord a été tenu tout au long de l'étude. Les réflexions, doutes, constats et questionnements y étaient retranscrits au fur et à mesure de l'avancement du travail et après chaque entretien.

# RÉSULTATS

## A. Population de l'étude

### 1. Caractéristiques de la population

Treize patients ont été contactés après avoir donné leur accord pour l'entretien auprès des cabinets de médecine générale dans lesquels l'affiche avait été exposée.

Nous avons réussi à organiser l'entretien avec douze patients, un n'ayant pas donné suite au moment de fixer le rendez-vous.

Cette population était composée de neuf femmes et de trois hommes d'âge compris entre quarante et un et soixante-quinze ans (âge moyen : soixante et un an).

Six personnes étaient encore en activité professionnelle au moment de la réalisation du programme minceur, quatre étaient retraitées et deux avaient stoppé leur activité professionnelle pour invalidité.

Huit personnes interrogées sur les douze ne pratiquaient aucune activité sportive au moment du programme minceur et quatre pratiquaient une activité sportive régulière (établie lors de l'interrogatoire à au moins une fois par semaine).

Six personnes interrogées vivaient en milieu rural et six personnes vivaient en milieu urbain.

L'ensemble des caractéristiques est présente dans le tableau en Annexe 4.

### 2. Caractéristiques des entretiens

Douze entretiens ont été réalisés au total pour cette étude entre septembre 2022 et juin 2023. Ils ont majoritairement été effectués au domicile des patients, deux ayant été réalisés par téléphone en raison des contraintes personnelles de la personne interrogée.

L'analyse du verbatim a été réalisée après chaque entretien.

Une saturation des données a été obtenue à partir du dixième entretien et a été confirmée par deux autres.

Les entretiens ont duré en moyenne 20 min et 74 sec. Le plus court a duré 12 min et 18 sec, le plus long 35 min et 12 sec.



## B. Résultats principaux

### 1. Les facteurs à l'origine de la recherche de perte de poids

Les facteurs à l'origine de la démarche de perte de poids sont différents selon les patients interrogés.

#### a. L'entourage

Certains patients soulignent l'influence de l'entourage dans la démarche à la suite de réflexions, un certain regard culpabilisant posé sur eux et leur poids.

- « C'est ma mère. Après les visites médicales à l'école, elle voyait que j'avais toujours 10 kilos en plus que les autres. Du coup elle me disait tout le temps « attention au poids, attention au poids ». (E1)
- « J'ai toujours eu le sentiment de culpabiliser par rapport au poids parce que mon père disait tout le temps : « on n'est pas gras en léchant les murs ». (E4)
- « Ma famille m'en parlait tout le temps. Parce que j'ai toujours été costaud et on me disait de faire des régimes ». (E11)

#### b. Besoin personnel

##### b.1) Pour des raisons de santé

Pour certains patients, la peur pour leur santé domine.

- « Je sais très bien que je vais améliorer mes problèmes de genoux et mon hernie discale, parce que si je reste comme ça, ça va s'aggraver ». « Mon but c'est seulement la santé, l'esthétique aujourd'hui à 60 ans je m'en fiche » (E4)
- « Ce qui m'a donné le déclic c'est que quand je voulais faire mes lacets j'avais une respiration sifflante et j'étais plus vite essoufflé et là je me suis dit olala c'est quoi ce truc il faut que je fasse quelque chose ». (E9)
- « Je vois par rapport à mes genoux, mes talons, mon dos, j'en bave » (E12)

## b.2) Par non-acceptation de soi

Chez certaines personnes, le mal être dans son corps, ses changements au cours du temps, son apparence physique, sont les éléments majeurs entraînant la recherche de perte de poids.

- « *Moi quand je voyais mon poids et que j'allais dans un magasin, je prenais 3 à 4 fois plus grand que ma taille parce que je n'assumais pas* » (E1)
- « *Je me suis vu grossir, j'ai voulu maigrir parce que j'étais mal dans ma peau* » (E3)
- « *Je n'étais pas bien dans mon corps* » (E7)
- « *On est parti aux Maldives et je me suis vue en photo au retour et là j'ai cru que j'allais me jeter par le balcon* » (E10)
- « *J'ai pris du poids petit à petit et je ne me sentais plus à l'aise dans mon corps* » (E12)

## C. Le milieu médical

Dans le cas d'autres patients, c'est le milieu médical qui a influencé la démarche.

Les médecins généralistes, à l'occasion d'une consultation réalisée initialement pour un autre motif que le poids.

- « *Quand j'ai eu de la tension, mon médecin généraliste m'a dit qu'il fallait que je perde du poids* » (E5).
- « *Mon médecin quand j'ai eu un diabète, elle m'a dit qu'il fallait impérativement que je perde du poids mais j'avais pas du tout envie de maigrir* » (E8).
- « *Je voyais mon médecin pour plein de choses mais à un moment on en a parlé et il m'a dit qu'il fallait que je perde du poids* » (E12)

Mais les autres spécialités également.

- « *Les médecins de la rééducation me le disent que perdre du poids améliorerait franchement mes douleurs de genoux* » (E4)
- « *La première fois que j'ai eu vraiment, pas un coup de bambou dans la figure mais on va dire le déclic ... c'est lorsque je suis retournée voir mon chirurgien orthopédiste qui m'a opérée des genoux, il m'a réaxé la rotule, et là il m'a dit « il vous faut une chirurgie*

*bariatrique parce que vous êtes obèse morbide. » Moi je ne savais pas ce que c'était, et puis j'étais bien comme ça. Donc déjà les mots employés j'ai trouvé ça .. euh ... morbide (rires) » (E6)*

#### d. Une préoccupation très ancienne

Pour certains, ce sujet s'est présenté dès l'enfance ou l'adolescence.

- *« J'ai commencé les régimes à 12 ans ». (E1)*
- *« La question du poids a commencé quand j'ai pratiqué la danse classique quand j'étais jeune et le poids chez toutes les danseuses vous savez c'est obsessionnel. Je me suis toujours trouvée grosse à cette époque, parce qu'on se compare aux autres. Mais en réalité j'étais un fil de fer (rires) ». (E4)*

## 2. La place des programmes minceur avec livraison de repas dans la démarche de perte de poids

### a. Une arrivée après d'autres tentatives

Pour la majorité des patients, la méthode des programmes minceur avec livraison de repas vient après d'autres tentatives de perte de poids.

- *« Je me suis dit que si ça ne marchait pas non plus, ça allait être compliqué, que sinon il y aurait l'opération. » (E1)*
- *« Je pense qu'on peut dire que j'ai tenté tout ce qu'il peut exister avant le programme minceur, du sérieux et du moins sérieux. J'ai fait tout ce qu'il faut faire et aussi pas faire (rires). » (E2)*
- *« Oui j'ai essayé de faire attention par moi-même puis après ça ne marchait pas donc j'ai fait un programme mais qui ne livrait pas de repas et ça n'a pas marché. » (E10)*
- *« Ah ben oui j'essaye de perdre du poids depuis 2012 donc j'ai essayé des choses avant. » (E11)*
- *« Ah ben oui j'ai essayé des choses, diététicienne, nutritionniste, même de me faire des assiettes plus petites pour que mon cerveau me dise « oh ben là tu manges bien ton assiette est vachement remplie » (E12)*

## b. Une méthode de premier recours

Mais pour 1/4 des patients, les programmes minceur avec livraison de repas sont la première méthode utilisée dans la démarche de perte de poids.

- « *Ah non moi je n'ai rien fait avant. Après si ça n'avait pas existé je me serais serré la ceinture et puis voilà.* » (E5)
- « *Non je n'ai pas tenté d'autre méthode avant j'en avais besoin pour ma santé mais aucune envie de maigrir.* » (E8)
- « *Non je n'avais rien tenté avant. Je ne savais pas quoi faire.* » (E9)

## 3. Les autres méthodes de perte de poids envisagées ou choisies en amont du programme minceur et le ressenti vis-à-vis de celles-ci

### a. Le suivi par une diététicienne

Plusieurs patients ont tenté avant le programme minceur une perte de poids accompagnés par un(e) diététicien(ne). Ils rapportent pour la plupart (sauf une personne) un sentiment d'incompréhension, de prise en charge « policière » voire d'incrimination lors du suivi , ainsi qu'une absence d'adaptation de la prise en charge au mode de vie.

- « *J'ai commencé à être suivie par une diététicienne » ; « j'ai arrêté parce que chaque fois que j'y allais elle m'engueulait. Je ne perdais pas de poids donc elle me disait que je mangeais alors que je ne mangeais pas. Mais c'était pas du tout adapté. J'étais en internat, et comme il n'y avait pas ce qu'elle me disait de manger ben j'allais au lit en ayant mangé une pomme.* » (E1)
- « *J'ai essayé avec une diététicienne. Mais c'est-à-dire que moi je n'ai pas de volonté (rires). En plus je suis tombée sur une personne maigre à faire peur, j'étais choquée, le courant n'est pas passé du tout, puis cette façon de vous peser toutes les semaines tout ça.* » (E3)
- « *Je suis allée voir des diététiciennes qui me donnaient des régimes qui ne me convenaient pas du tout. Il fallait manger des œufs tout le temps ou même des choses qui faisaient que je n'avais plus le sentiment de manger correctement. Une personne m'avait donné un régime, il fallait manger des œufs quasiment toute la journée. Voilà donc moi ça ne me convenait pas.* » (E4)

- « Alors j'ai essayé avec une diététicienne. J'ai perdu 19kg, ça marchait bien, c'était mon premier régime mais après c'est devenu compliqué parce que j'étais la seule à le faire puis j'ai divorcé j'ai mangé n'importe quoi sur le pouce et j'ai tout repris. » (E11)

## b. L'hypnose

Certains patients se sont tournés vers l'hypnose mais lors de l'entretien ils semblaient plutôt s'y être tournés sans conviction, dans un sentiment d'impasse.

- « J'ai tenté l'hypnose et même l'autohypnose mais bon ... (air dubitatif). » (E2)
- « J'ai tenté l'hypnose aussi parce que j'avais vu que ça pouvait marcher mais bon. » (E1)

## c. Un suivi par un médecin nutritionniste

Certains patients s'étant tournés vers cette méthode rapportent, tout comme la prise en charge par un(e) diététicien(ne), un sentiment d'abandon, et d'autres à l'opposé une vraie satisfaction de la prise en charge mais considèrent qu'elle n'est pas à envisager sur le long terme car contraignante.

- « Après j'ai vu un médecin nutritionniste. Mais il en est ressorti qu'elle m'a dit qu'elle ne pouvait pas me faire manger moins puisque je ne mangeais déjà pas assez. Elle m'a aussi dit que je n'étais pas prête mentalement alors que moi je me sentais vraiment prête » (E1)
- « J'ai été suivie par une médecin nutritionniste qui a été fabuleuse niveau empathie, compréhension, conseils. C'était sérieux comme suivi. Mais en arrêtant j'ai tout repris. Parce qu'on ne peut pas y aller tout le temps non plus, c'est compliqué » (E2)

## d. Molécules en vente libre en parapharmacie

- « J'ai essayé des gélules miracles vendues en pharmacie aussi. Enfin moi je suis le coup classique de toute façon (rires). » (E2)
- « Une année j'ai bu des boissons en poudre qu'on achète en pharmacie, j'ai fait ça toute seule, j'ai perdu du poids, après j'ai repris, il n'y avait aucun suivi » (E4)

#### e. Lieu de prise en charge spécialisé dans l'obésité

Les patients ayant eu recours à cette prise en charge semblent en être tous très satisfaits mais déplorent une prise en charge de trop courte durée.

- « *On m'a conseillé en sortant d'hospitalisation pour le diabète de faire un stage de 15 jours pour perdre du poids. Je l'ai fait. J'avais perdu un peu de poids d'ailleurs mais après je n'ai plus rien fait. Puis moi de toute façon je mange, je sais pourquoi je grossis, pas comme tous les autres qui disent qu'ils ne mangent pas. Mais enfin c'était très bien fait on vous montre ce qu'il faut manger, associer, mais bon après dans la vraie vie ...* » (E3)
- « *J'ai été hospitalisée 3 jours et prise en charge par un médecin nutritionniste. On était plusieurs. J'ai appris à fournir des efforts en fonction de ma morphologie, j'ai trouvé ça super. Comme il n'y a pas eu de chirurgie je suis rentrée dans le RePOP pendant 3 ans. C'était top mais axé sur le moyen terme, quand on en sort après il faut continuer tout seul. Mais alors là dès que j'ai arrêté j'ai tout repris très vite.* » (E6)

#### f. Autre programme minceur sans livraison de repas

Certains patients ayant tenté d'autres programmes minceur sans livraison de repas ont rapporté soit le caractère de groupe inadapté à leur propre caractère, soit le manque d'encadrement.

- « *J'avais essayé le programme XXXXX. J'y allais, il y avait des réunions, mais moi je ne suis pas du tout groupe, puis la diététicienne nous pesait, on lui parlait quelques minutes et après tout le monde s'applaudissait enfin mois les trucs à l'américaine franchement ... Ce genre de chose ne me convenait pas du tout, c'est mon tempérament, ce n'est pas fait pour moi.* » (E4)
- « *J'ai fait XXXXX, ils donnent des conseils mais ne livrent pas de repas. Ils font de l'information c'est tout. Moi ça n'a pas réussi à me motiver plus que ça. En fait j'avais besoin d'un cadre, un truc pour m'y mettre vraiment.* » (E10)

#### g. La chirurgie bariatrique

Un seul sujet interrogé s'est tourné très rapidement vers la chirurgie bariatrique mais y a trouvé là une méthode trop extrême sans considération du sujet.

- « *Je suis allée voir un chirurgien bariatrique. Il y a plusieurs consultations, ça allait, puis il me dit « je vous opère, vous arriverez à 69kg je ne veux pas que vous soyez au-*

*dessus ». Mais ce n'est pas possible, moi c'était mon poids à 14 ans et j'étais menue pour ma taille. Donc ils ne se fient qu'à leurs courbes à eux, ni à la personne en face ni à sa morphologie. Ce n'est pas adapté. Puis chacun a un vécu et des origines à prendre en compte. Donc il a refusé de m'opérer. » (E6).*

#### h. Régimes et conseils trouvés sur internet

- *« J'ai essayé des régimes seule qu'on trouve sur internet, d'accès libre quoi, donc j'ai fait ça mais bon ça ne marchait pas » (E7)*
- *« J'ai essayé seule avec des trucs qu'on trouve par ci par là sur internet mais bon » (E10)*

#### 4. Mode de découverte de la méthode programme minceur avec livraison de repas

##### a. La publicité

Le matraquage publicitaire est le mode principal de découverte de ces programmes.

- *« Ah ben à force de voir la publicité à la télé je me suis dit que ça serait la meilleure solution pour moi » (E3)*
- *« Alors c'est vite fait. Quand on regarde la télé on est bombardé toute la journée de ce genre de chose » (E4)*
- *« Je les ai connus à la télévision. Ils font un abattage tout le temps ». (E6)*
- *« Oh ben toujours pareil, la publicité à la télévision » (E12)*

##### b. « Le bouche à oreille »

Arrive ensuite en deuxième position l'expérience d'autrui.

- *« Oui pour moi quand j'entendais les gens en parler c'était une solution miracle, enfin, rapide et efficace de perdre du poids sans en venir à la chirurgie en fait. Donc je m'y suis intéressée. » (E1)*

- « *Ma fille avait le même souci de poids. Elle l'a essayé et aussitôt elle m'appelle et me dit « Maman j'ai découvert XXXX il faut que tu le fasses tu vas voir » parce qu'elle savait que moi aussi je voulais perdre. » (E2)*
- « *J'ai découvert ça par la bonne parole de certains voisins chez qui ça marchait bien. » (E5)*
- « *J'ai connu ça par une amie de ma mère qui le faisait, et à chaque fois que je la voyais elle s'était transformée. » (E7)*

### c. La recherche personnelle d'une méthode

Une seule personne interrogée a indiqué avoir découvert ces programmes à la suite de recherches sur internet.

- « *J'essayais de trouver seul des choses qui allaient me permettre de maigrir donc j'ai commencé à aller faire des recherches sur internet. C'est moi qui suis allé me renseigner pour trouver une solution pour perdre du poids. » (E9)*

## 5. Les arguments ayant entraîné le choix de la méthode

### a. Avis positif/réussite d'une source considérée comme de confiance

Pour une partie des patients, c'est le retour positif d'une source considérée comme de confiance, l'impression de découverte d'une solution rapide et efficace qui a été l'élément déclencheur à l'opposé de la publicité qui les rend plus réticents voire les irrite.

- « *Elle a eu un très bon résultat tout de suite. Elle me l'a dit aussitôt qu'elle a vu le nombre sur la balance descendre. Elle m'a dit « j'ai réussi, j'ai enfin trouvé une bonne méthode ». Puis vous savez elle est plus raisonnable que moi elle, elle ne va pas essayer des gélules miracles qui ne marchent pas. Donc je me suis dit je lui fais confiance et j'ai téléphoné » (E2).*
- « *Voir que ça marche sur quelqu'un de réel. Enfin je veux dire quelqu'un que je connais bien quoi » (E7)*
- « *Ce sont les avis sur internet. Je me suis dit ça a l'air pas mal quand même puisque pour moi (citation site internet) c'est quand même du sérieux, c'est ça qui m'a fait partir là-dessus (E9).*



## b. La facilité

Pour les 3/4 des patients interrogés, c'est l'absence de surcharge mentale que peut impliquer un projet de perte de poids qui a été déterminante, ainsi que le gain de temps.

- « *L'aspect pratique. Peser les aliments tout ça je sais faire puisque je l'ai fait auparavant mais au bout d'un moment c'est lourd. Là, l'avantage aussi c'est que je me disais pas de courses à faire, je reçois tout de déjà fait* » ; « *Puis je suis quelqu'un de stressé, donc ne pas avoir à réfléchir sur mes menus, ne pas avoir double temps de cuisine parce que je le fais quand même pour mes enfants.* » (E1)
- « *Ce qui a énormément joué c'est la livraison de repas. Parce que ce qui fait que les fois d'avant ça n'a pas marché c'est une partie de flemme. C'est pratique et au moins pendant la période de perte de poids ça demande moins d'investissement personnel.* » (E2)
- « *Ce sont des professionnels, ils savent ce qu'ils font et moi l'avantage c'est que je n'ai rien à faire.* » (E3)
- « *Je me suis dit purée c'est super, solution de facilité je n'ai rien à faire. Parce que tous les régimes sont contraignants, il faut peser, moi ça me prend la tête. C'est de la fainéantise. Je vais même aller plus loin, on se laisse complètement prendre en charge, on ne réfléchit à rien.* » (E4)
- « *Je ne fais plus du tout de repas, je me confie à ce qu'on me livre, je n'ai rien à faire c'est formidable.* » (E5)
- « *On ne réfléchit pas, on vous livre chez vous. C'est livré tout fait. Au moins je n'ai rien à faire à manger pour moi, juste pour ma famille.* » (E6)
- « *Le fait d'avoir tout de prêt plus qu'à manger c'est le top. Les autres régimes il fallait peser, mesurer, compter, acheter et préparer tout le temps. Quand tu arrives tard du travail en plus tu n'as pas envie.* » (E7)
- « *Ça me permettrait de ne plus faire à manger, ne pas réfléchir, ne pas peser, ne pas faire les courses, avoir tout à portée de main. Là je reçois tout, je me sers dedans, je ne réfléchis pas, c'est les autres qui font tout ça pour moi (rires).* » (E11)
- « *Je pense qu'aujourd'hui on est dans une situation où quand tout est fait à notre place on est très content. On prépare plus, on ne pèse plus, c'est très pratique, on n'a plus qu'à réchauffer* » (E12)

### c. La diversité des plats

Pour certains patients, la perte de poids paraît être synonyme de privation et d'absence de saveur. C'est la surprise de la possible association de plaisir et de perte de poids qui les a attiré.

- « *La composition avait l'air bien, ils montraient des plats que j'aimais. Puis je me suis dit que ça allait me réguler au niveau des quantités et des calories parce que moi mon estomac est balaise (rires)* » (E6).
- « *Ce qui m'a motivé c'est ce qu'ils proposaient comme variétés de plats. La problématique pour moi au départ c'était aussi le manque d'idées, parce qu'il faut varier pour tenir, c'est ce qui me paraissait le plus compliqué au départ. Parce qu'on se dit que si on veut perdre du poids, on ne va pas pouvoir sortir des haricots verts et des courgettes bouillies. Alors que j'ai vu que c'était faux.* » (E10)

### d. L'absence de tentation

Hormis le gain de temps, la livraison de repas complètement préparés permet pour certains patients de s'éviter les tentations de la vie courante parfois même conduisant à un certain isolement.

- « *Ne pas être tentée au supermarché, pour moi c'était bien.* » (E1)
- « *Je me suis dit je ne vais plus rien acheter donc je ne serai tentée par rien.* » (E3)
- « *Là ça me permettait de manger direct. Seule devant la télé. Au moins je ne vois pas mon mari et ma fille manger, je mange ce truc sans voir personne. Parce que je suis toujours tentée de manger la même chose sinon.* » (E4)

### e. La rapidité de perte de poids et les images publicitaires

La promesse d'une réussite rapide rendant la perte de poids concrète paraît être un élément important sur le choix de la méthode.

- « *Voir la perte de poids rapide annoncée* » (E4)
- « *Après enquête auprès des voisins, ils perdaient déjà vite du poids* » (E5)
- « *Les photos de l'avant après à la télévision ça fait rêver quoi* » (E11).

## f. Le besoin d'information

Une partie des patients, ceux qui n'ont tenté aucune autre méthode avant semblent s'être tournés vers ces programmes par manque de connaissances vis-à-vis des apports quotidiens nécessaires.

- « *Ce sont des professionnels, les normes on ne les connaît pas trop. Sur le sel, le sucre ... Enfin tout ça* » (E5)
- « *Par moi-même je ne voyais pas par quel bout l'attraper. Je ne savais pas comment faire. J'avais besoin d'être coaché, qu'on me dise comment faire. Je voulais un cadre* » (E9)

## 6. Raisons de l'arrêt de la méthode

### a. L'atteinte de l'objectif fixé

Pour une grande majorité des patients, l'arrêt de la méthode est lié à l'atteinte de l'objectif qu'ils s'étaient fixé. Que ce soit en termes de poids ou de connaissances obtenues.

- « *Je m'étais inscrite pour une durée bien déterminée et j'avais perdu ce que je voulais donc j'ai arrêté* » (E2)
- « *J'ai arrêté à la fin du temps fixé au début. J'étais très contente j'avais perdu 15 kg* » (E4)
- « *J'ai arrêté parce que j'avais perdu mes kilos. J'avais atteint mon objectif donc j'ai arrêté* » (E7)
- « *J'ai arrêté avant la fin parce que j'avais déjà beaucoup perdu et surtout j'avais compris. Ça m'avait déjà permis de prendre le pli. J'avais déjà recommencé à cuisiner par moi-même en tenant compte du cadre, des quantités* » (E9)
- « *J'avais perdu des kilos j'étais satisfaite* » (E10)

### b. La lassitude

Pour certains patients, surtout ceux qui ont tenté une nouvelle fois le programme après reprise de poids, la raison de l'arrêt de la méthode est la lassitude obtenue avant l'atteinte de l'objectif.

- « *La deuxième fois ça n'a pas marché parce que j'étais en saturation. Lassée. On choisit les plats mais c'est très redondant* » (E1)
- « *Après j'ai repris un peu de poids donc j'ai recommencé avec le même programme mais là j'ai vite arrêté parce que la nourriture je ne pouvais plus, je manquais de frais* » (E2)
- « *Ah ben moi je ne pouvais très vite plus manger ça j'ai arrêté avant la durée fixée. Enfin j'ai arrêté. J'ai donné le dernier carton parce que je ne pouvais pas arrêter avant la durée fixée au début* » (E3)
- « *On en revient toujours aux mêmes plats on en a marre* » (E10)
- « *J'en pouvais plus au bout d'un moment, ça m'a écœuré* » (E12)

### c. Le prix

Pour une minorité de patients, la raison de l'arrêt est financière.

- « *J'ai arrêté parce que mon mari est tombé malade et du coup je ne pouvais plus payer. C'était vraiment une question financière* » (E6)
- « *Ah ben j'ai arrêté parce qu'après c'était trop cher pour moi.* » (E11)

## 7. La projection sur l'après programme

Certains patients débutent le programme pour un temps défini dans l'idée de perdre du poids à un moment donné ; il n'y a pas d'anticipation sur leur conduite future, voire pour certains l'idée de perdre du poids leur permettrait de s'autoriser des écarts par la suite.

- « *Je me suis dit au moins pendant mes vacances d'été ça me permettra de faire des écarts et de remanger normalement* » (E4)
- « *Ce qui a été compliqué après c'est la suite. Il y a des choses qu'on ne contrôle pas et on est de nouveau seule face à nos pulsions, à nos envies* » (E1)
- « *Oh ben moi non j'ai pensé à perdre sur le moment mais pas à la suite. Ça a été fabuleux pour moi sur le coup mais regardez j'ai tout repris, après on est seule, il faut faire avec nos problèmes enfin c'est moi la seule cause du manque de réussite par la suite* » (E2)

- « *Moi de toute façon j'aime cuisiner, je cuisine beaucoup, je suis gourmande, ce sont des plats riches c'est comme ça alors bon ...* » (E3)
- « *Je ne me suis pas projetée non ça a été mon problème. On m'avait dit il faut se stabiliser mais il y a eu les vacances j'ai lâché, je suis rentrée, on recommence à manger petit à petit plein de choses et j'ai tout repris justement* » (E10)
- « *Non je ne me suis pas projeté. Parce qu'en fait on est un petit peu endormi par cette façon de manger sans réfléchir. Donc on n'y pense pas. La seule chose à laquelle on pense c'est voir le chiffre diminuer sur la balance et quand est ce qu'on va arriver à perdre nos kilos. La perte de poids est devenue presque une obsession. Puis eux ne parlent pas de l'après au début quand on commence* » (E12)
- « *Là j'ai repris du poids, j'ai peut-être envie de m'y remettre un peu, refaire quelques semaines seulement, mais le problème c'est que c'est un truc turbo, et après ? Parce qu'il y a toujours mon handicap, mes traitements qui font grossir* » (E12)

Alors que d'autres se lancent afin d'obtenir des informations dans le but de très vite pouvoir s'en détacher.

- « *Comme j'étais arrivée à ce que je voulais j'ai dit j'arrête et je continuerai seule. Enfin moi je savais qu'en arrêtant j'allais continuer à essayer de faire tout pareil, manger de tout en petite quantité pour pas reprendre. J'avais compris quoi.* » (E8)
- « *J'ai commencé à recuisiner par moi-même bien avant la fin du programme mais en tenant compte du cadre justement. Ça m'a permis de prendre le pli. J'ai appris à gérer les portions surtout* » (E9)
- « *J'ai appris à manger et aimer des choses que je ne mangeais pas du tout, donc pendant le programme je me suis dit que j'allais continuer seule après, essayer de me gérer moi, j'ai pris l'habitude de savoir ce que je peux manger* » (E11)

## 8. Le partage d'expérience et ses modes

La plupart des patients ont partagé leur expérience.

La majorité avec leur entourage ou dans leur milieu professionnel, au cours de discussions variées, certains ayant bénéficié d'un accueil favorable auprès de certaines personnes et d'autres d'un accueil négatif.

- « *Oui on en discutait à droite à gauche quand on me demandait ce que j'avais fait* » (E1)

- « Ça aurait été difficile de ne pas en parler parce que je participe à des clubs, on a plein d'amis puis comme on ne peut pas cacher la perte de poids forcément les gens nous demandent donc on en parle » (E2)
- « Ah ben oui bien sûr, j'en ai parlé à d'autres voisins qui veulent perdre du poids, ils vont se brancher là-dessus aussi c'est sûr » (E5)
- « Ah oui moi j'en parlais mais j'ai eu un très mauvais accueil dans les conversations autour de moi. » (E6)
- « Ah oui mes clientes me disaient « oulala mais vous avez perdu des kilos comment vous avez fait ». Donc je racontais » (E7)
- « Ah oui j'en ai parlé à des amis et des patientes. Si on veut une perte de poids plutôt rapide au départ, il ne faut pas se mentir c'est ça qui motive, c'est la meilleure solution. D'autant plus si on ne cuisine pas » (E10)
- « Oui j'en ai parlé avec une dame, mais comme elle trouvait le mien trop cher elle en a pris un autre mais dans le même principe (E12)

Une seule personne ne l'a pas fait par pudeur et par sentiment de honte.

- « Je n'en ai jamais parlé, même au bureau je cachais la barquette. J'avais honte de payer pour perdre du poids en mangeant de mauvaises choses. Puis j'ai toujours malgré moi le sentiment que c'est une préoccupation de bourgeois. J'avais honte de me préoccuper de mon poids au point de payer pour ça » (E4)

Aucun patient interrogé ne rapporte avoir partagé son expérience sur internet ou sur les réseaux sociaux.

- « Pas sur les réseaux sociaux ni internet non je ne suis pas du genre à raconter ma vie » (E1)
- « Ah non non, moi je ne fais pas ça, je suis vieux vous savez » (E12)

## 9. La place perçue du médecin généraliste

Pour certains patients, le médecin généraliste n'est pas ou plus la personne vers laquelle ils se sont tournés sur le sujet de la perte de poids pour plusieurs raisons :

- a) Un patient interrogé rapporte une mauvaise expérience personnelle ayant influencé son comportement futur ainsi que la peur de déranger.
  - « Je n'ose pas en parler au médecin généraliste. J'en avais parlé une fois, et il m'avait proposé des coupes faims ou des choses comme ça et je ne voulais pas. Donc après j'ai

déménagé, j'ai changé de médecin mais je n'en ai pas reparlé parce que je ne pensais pas qu'il pouvait m'apporter des solutions. » (E1)

- « On sait que c'est un sujet long, la salle d'attente est toujours pleine on ne veut pas l'encombrer. On sait très bien que le sujet en un quart d'heure il ne sera pas traité ». Parce que des fois chez le médecin il y a des visites où on arrive, on sent qu'il faut aller vite. » (E1)

b) Il rapporte également le manque de confiance lors de l'absence du médecin traitant.

- « Puis on n'a pas toujours son médecin, et moi je ne me vois pas confier cela à tout le monde. Parce que moi, si je vois tout le temps la même personne et que c'est une personne de confiance je vais peut-être lui en parler à un moment mais sinon non » (E1)

Pour d'autres, le médecin généraliste a été perçu comme une personne conseillant la perte de poids mais sans implication ni dans l'orientation ni dans l'accompagnement.

- « Ah ben oui moi à un moment il m'a dit comme plein d'autres médecins « il faut maigrir ». Mais enfin « il faut il faut il faut » si on est un peu intelligent on le sait déjà qu'on doit perdre du poids » (E4)
- « Ben moi oui mon médecin m'a dit de perdre du poids mais bon c'est tout. Il s'est arrêté là. Il m'a dit « il faut perdre du poids et ça ira mieux ». Ça ne tenait qu'à moi. Après j'ai fait ça du coup et il est très content des résultats que j'ai, il m'a dit que c'était bien » (E5)
- « Mon médecin m'a dit qu'il fallait perdre du poids parce que j'étais diabétique mais bon c'est tout. Ah ! Si ! Qu'il fallait manger des légumes mais bon c'est tout » (E8)
- « J'ai vu mon médecin pour ma tension, je lui ai dit que je faisais XXXX, elle m'a dit que c'était très bien mais bon elle n'a pas cherché à comprendre plus que ça on est passé à autre chose » (E11)

Pour une seule personne interrogée, le médecin généraliste a été de toute évidence la première personne vers laquelle se tourner pour aborder le sujet de la perte de poids :

- « Ah ben en premier j'en ai parlé à mon médecin généraliste. S'il y en a bien un à qui je pouvais en parler, c'était lui. Il m'a orienté vers un médecin nutritionniste. » (E2)

Pour presque la moitié des patients, le sujet du surpoids ou de l'obésité n'a jamais été abordé en consultation avec le médecin généraliste que ce soit à l'initiative de l'un ou l'autre.

- « Mon médecin traitant ne m'a jamais rien dit non. » (E6)

- « Ah non nous n'avons jamais abordé ce sujet. Mais enfin je ne vais pas souvent chez le médecin non plus » (E9)
- « Ah non on n'en a pas parlé mais après je n'y vais pas souvent et pas pour ça » (E10)

## 10. Impact du lieu de vie sur le choix de la démarche

Certains patients évoquent le manque d'offre de soin sur le territoire, la difficulté d'accès à une prise en charge adaptée qu'ils résident en zone rurale ou urbaine.

- « Parce que parfois chez le médecin il y a des visites où on arrive, on sent qu'il faut aller vite. Après on le sait c'est un désert médical ici il y a beaucoup de monde pour très peu de médecins » (E1)
- « Il y a très peu de médecins qui font de la nutrition, j'ai eu beaucoup de mal à en trouver » (E4)
- « Nous ici il n'y a pas grand-chose. Je n'ai pas cherché plus loin » (E3)
- « Il faut continuer seul, le suivi, une activité sportive et nous ici on n'a rien, il faut aller en ville et les déplacements au bout d'un moment sont difficiles » (E6)

## 11. Les axes d'amélioration de la prise en charge

Les patients suggèrent un temps de consultation et d'écoute dédié au sujet du poids.

- « Ou alors il faut des gens qui viennent compléter les médecins où on sait qu'ils prendront du temps pour en parler ... Il faut que je sache que la personne est disponible pour ça » (E1)
- « Je me suis sentie incomprise ou mal comprise par les personnes à qui j'ai eu à faire pour perdre du poids (E1)
- « Moi j'ai eu l'impression d'être souvent engueulée dans les régimes que j'ai suivi avant. Ils n'encouragent pas j'ai l'impression. Ils donnent des ordres on dirait qu'ils n'écoutent pas » (E7)
- « Là il y a un accompagnement téléphonique, mais enfin on a une personne qui nous dit des choses qu'on ne voit pas, qu'on a en plus jamais vue, il n'y a pas de réel, pas de relationnel. Il faudrait un visuel avec un médecin là pour ça » (E12)



Un nombre important de patients soulève la dimension psychologique à ne pas négliger présente dans le surpoids et l'obésité, des événements de vie ayant entraîné la prise de poids.

- « *Ces programmes sont excellents pour des gens qui sont bien dans leur tête, qui n'ont pas de souci psychologique. Regardez-moi j'ai tout repris. Alors que je suis sûre que je pourrais donner des cours de diététique avec tout ce que j'ai fait. Parce qu'il y a autre chose qui se passe dans ma tête avec la nourriture* » (E2)
- « *J'ai eu beaucoup de périodes de vie stressantes au cours desquelles vous n'arrivez pas à lutter en plus contre le poids. Des injections d'hormones pour mon parcours de FIV, une grossesse extra-utérine.* (E4)
- « *J'ai repris tout mon poids perdu après mais vu le contexte ça ne m'étonnait pas. C'est lié à la tête. Quand on a des problèmes psychologiques à résoudre c'est compliqué* » (E6)

Les patients suggèrent également une prise en charge centrée sur le patient, la nécessité d'être pris en considération dans la globalité de la personne.

- « *J'aimerais qu'on me regarde dans la globalité. J'aimerais avoir une aide, un accompagnement, j'ai besoin de tolérance. Je ne veux pas quelqu'un qui me culpabilise* » (E4)
- « *Je me suis fâchée avec le chirurgien parce qu'on a tous un parcours différent. Eux sont fixés sur des chiffres, des courbes, il n'y a aucune prise en compte de l'histoire de la personne* » (E6)

Certains soulignent la nécessité d'un accompagnement permanent.

- « *Quand on est fragile il faudrait toujours être accompagné* » (E6)

Le résumé des résultats sous forme de carte mentale se retrouve en Annexe 5.

# DISCUSSION

## A. Validité interne

L'objectif de cette étude était d'identifier les raisons pour lesquelles les adultes obèses ou en surpoids recherchant une perte de poids choisissent les programmes minceur avec livraison de repas.

### 1. La méthode

Une des forces de ce travail est son sujet d'actualité. A l'heure où l'obésité et le surpoids sont en constante augmentation, où l'information et la prévention en soins primaires sur ces maladies chroniques sont un sujet de santé publique, il me paraissait intéressant d'étudier les raisons de l'adhésion à ces programmes, réalisés sur un temps déterminé, par opposition à ce que voudrait la définition d'une pathologie chronique et sortant du cadre d'un accompagnement médical et paramédical direct.

Pour ce travail, le choix s'est porté sur une méthode qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés afin de favoriser la liberté d'expression de la personne interrogée. Ces entretiens n'avaient pas de limite de temps. Ils se sont déroulés sans incident technique ou relationnel et la retranscription a été réalisée mot pour mot, dans les 48h suivant les entretiens, pour éviter au maximum la déperdition de données. Immédiatement après celle-ci, les ressentis ont été notés dans le journal de bord.

Le choix de réaliser des entretiens individuels, de plus au domicile des patients, permettait de les mettre en confiance et d'éviter le possible jugement d'une tierce personne. De plus, le fait que l'affiche soit présente au cabinet de leur professionnel de santé habituel (médecin traitant ou infirmier(e) du dispositif Asalée) et l'absence de mon contact direct présent sur celle-ci permettait d'engager la conversation par le patient lui-même avec son professionnel de santé au cours de la consultation et d'obtenir une première information rassurante sur le sujet abordé et le but de l'étude. D'autre part, l'assurance en début d'entretien de l'anonymisation des données permettait également aux patients de parler librement sans crainte d'être identifié à posteriori.

La saturation des données a été atteinte au dixième entretien. Et deux entretiens ont confirmé cette saturation.

L'analyse a été réalisée en triangulation pour la moitié des entretiens, et le modèle explicatif a été relu et corrigé à deux.

Les critères de scientificité d'une recherche qualitative sont évalués par des grilles de lecture. Pour évaluer notre étude, nous avons utilisé une grille COREQ dans sa version française. Elle définit 32 critères de qualité d'une étude qualitative. L'analyse de notre étude est présentée en Annexe 3.

## 2. Les biais

### a. Biais d'investigation

Ce travail constituait ma première expérience en tant qu'investigatrice en recherche qualitative et ce fait doit évidemment être considéré. Étant novice dans le domaine, la qualité des entretiens et notamment des questions de relance s'est progressivement améliorée au fil des entretiens. Les résultats auraient cependant pu être différents si l'étude avait été menée par des investigateurs plus expérimentés. Pour réduire ce biais, la documentation concernant la recherche qualitative a été essentielle. (11)

D'autre part, je ne me suis pas rendue directement dans les cabinets à la rencontre des médecins. Lors des contacts par mail ou téléphone afin d'obtenir l'autorisation d'exposition de l'affiche, peut être que des demandes sont passées inaperçues ou ont été filtrées par le secrétariat, des affiches ont pu ne pas être bien visibles, ce qui aurait pu augmenter le nombre de retour de la part des patients.

### b. Biais d'interprétation

La méthode qualitative est une analyse subjective. Le biais d'interprétation est donc inhérent à ce type de recherche et ne peut donc être complètement écarté. Il a pu cependant être limité dans notre étude par le double-encodage mis en place.

D'autre part, il existe une limite due aux personnes interrogées, chaque personne ayant sa propre manière de s'exprimer, ses propres indécisions et conflits intérieurs conduisant parfois à des oppositions au cours d'un même entretien. Il a donc parfois été difficile de saisir le sens exact de certaines phrases et de faire le tri dans les idées rapportées par le patient.

### c. Biais de sélection

En ce qui concerne le sexe des patients interrogés, nous avons une majorité de patients de sexe féminin. Cela pourrait être expliqué par le fait que l'obésité atteint plus de femmes que d'hommes. (2)

En ce qui concerne l'âge de la population interrogée au moment de l'inscription à ce type de programme, nos patients avaient tous plus de 40 ans dont dix patients plus de 50 ans. Nous pouvons supposer que le prix a pu décourager les plus jeunes. L'étude de l'Insee publiée en 2021 démontre en effet que le niveau de vie moyen en France est le plus élevé pour les populations de 50 à 74 ans. (13)

D'autre part, les patients ont été recrutés dans les cabinets médicaux. Nous pouvons également penser que cette tranche d'âge consulte plus que les sujets jeunes, les comorbidités de l'obésité apparaissant dans la majorité des cas après une situation de surpoids ou obésité prolongée.

#### d. Autres biais

La majorité des personnes ont eu un ressenti immédiat positif vis-à-vis de ces programmes, qu'ils ont partagé pour la plupart avec leur entourage. Nous pouvons nous poser la question du partage rapide de l'expérience, dans les suites immédiates du programme. Peut-être que les informations transmises auraient été différentes si le partage avait été fait à distance du suivi du programme, beaucoup de patients ayant repris le poids perdu.

Aucun des patients interrogés n'a partagé son expérience sur les réseaux sociaux ou même de façon plus générale sur internet.

L'étude réalisée par l'Insee sur l'usage de l'internet pour les relations sociales selon l'âge en 2022 montre que moins de 50% des 25-65 ans et moins de 20% des 65-74 ans l'utilisent pour communiquer sur les réseaux sociaux (contre plus de 70% pour les 16-24 ans), ce qui pourrait expliquer ce résultat au vu de la moyenne d'âge des patients interrogés au cours de notre étude. (14)

## B. Discussion des résultats

### 1. Discordances entre théorie, pratiques et attentes

Dans notre étude :

Un seul patient interrogé rapporte s'être tourné en premier lieu vers le médecin généraliste en ce qui concerne la question du surpoids/obésité.

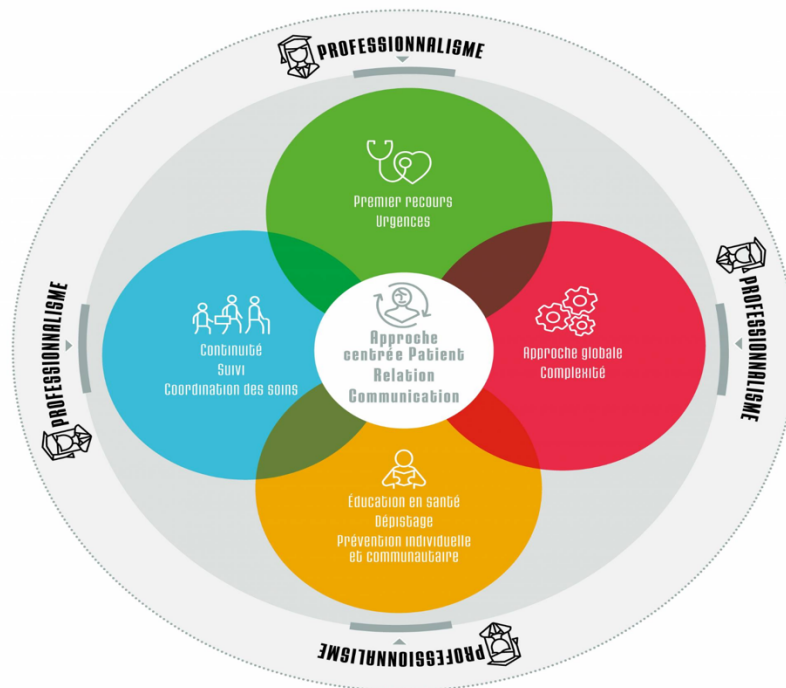
Pour cinq personnes, le sujet a été abordé au cours d'une consultation pour un autre motif, mais ils rapportent l'absence d'implication dans la démarche à suivre ou l'absence d'orientation.

Pour cinq autres patients le sujet n'a jamais été abordé avec le médecin généraliste.

Une personne rapporte avoir abordé le sujet avec son médecin mais, devant la proposition d'une prise en charge jugée non satisfaisante par le patient, celui-ci, même après changement de médecin traitant, n'a plus abordé le sujet. Ce même patient rapportait également la peur de le déranger, la rapidité d'une consultation de médecine générale du fait de l'afflux de patients ne permettant pas la prise en charge de ce sujet considéré comme long et complexe.

Pourtant, par sa position dans le parcours de soins, le médecin généraliste devrait jouer un rôle majeur dans la prise en charge de l'obésité, sur le plan préventif, diagnostique et thérapeutique. Il se trouve en première ligne face à cette maladie chronique. (1)

De manière générale, les compétences professionnelles attendues du médecin généraliste sont symbolisées par une marguerite.



Marguerite des compétences du médecin généraliste

Il joue un rôle d'éducation en santé, de prévention individuelle et communautaire.

Il doit être capable d'accompagner le patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies et doit donc intégrer dans sa pratique l'éducation et la prévention.

D'autre part, il doit être capable d'avoir une approche globale du patient dans sa complexité et donc de mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée sur le patient selon un modèle global de santé.

Il joue également un rôle dans la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient, engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement. (15) (16)

Nous constatons donc, en comparaison à nos résultats, une application difficile de ces recommandations en pratique courante.

Les professionnels se trouvent souvent démunis face à leurs patients souffrant de surpoids et d'obésité et de ce fait, quand un patient obèse ne se plaint pas de son poids ou qu'il n'a pas de comorbidité nécessitant un abord du sujet, de nombreux médecins n'abordent pas le problème car ils pensent que cela est consommateur de temps et peut être froissant. (17)

Il est également possible qu'une vision faussée de l'obésité empêche l'abord du sujet.

Il ressort d'un travail de recherche réalisé en 2015 par Philippe Cornet (18), que la communauté médicale peut avoir tendance à faire de l'obésité une maladie de la volonté. (19)

La thèse réalisée en 2012 par le Dr Fayemendy portant sur « *La prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes du département de la Haute Vienne : difficultés rencontrées et suggestions d'amélioration* » (20) rapporte en ce qui concerne les difficultés dans la prise en charge liées au médecin généraliste lui-même, des erreurs dans les modalités de prise en charge, un sentiment d'inefficacité de l'acte médical, un manque de temps, une insuffisance de

formation, un manque de coordination entre professionnels de santé et même parfois des attitudes négatives envers les sujets obèses.

Ce qui ressort de cette étude est surtout l'insatisfaction des médecins généralistes quant à leur prise en charge globale de l'obésité, qui concerne plus de quatre médecins sur cinq (82,4%).

Une thèse réalisée en 2017 concernant l'« *Analyse de la prise en charge de l'obésité de l'adulte par les médecins généralistes de Gironde* » (21) et une étude réalisée en région PACA (22) vont également dans le même sens que la thèse du Dr Fayemendy et exposent les mêmes difficultés.

Ces travaux et nos résultats corroborent donc le fait que les patients peuvent avoir le sentiment de se retrouver seuls face à leur maladie, alors qu'un essai paru dans la revue *Le généraliste* expose qu'un patient obèse non-demandeur apprécie que son médecin aborde le sujet. Même si une intervention brève non sollicitée a une efficacité ténue sur la perte de poids, elle n'altère pas la relation médecin patient. (23).

Une thèse réalisée en 2018 intitulée « *Ressentis et attentes des patients concernant la prise en charge de leur surpoids/obésité par le médecin généraliste : étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le département de l'Hérault* » (24) rejoint les résultats de cet essai et de notre étude. Les patients réclament une consultation dédiée, qui demanderait une implication des deux parties : le médecin consacre du temps au sujet et le patient sait qu'il se déplace pour l'aborder. D'autre part, certains patients rencontrant des difficultés à aborder le sujet, ils ne sont pas fermés à ce que le médecin généraliste fasse le premier pas, mais s'attendent à du tact et à une écoute sans jugement. S'adapter à son patient est primordial car si certains patients désirent un abord direct « sans tourner autour du pot » d'autres préfèrent une amorce de façon détournée ou humoristique. La relation médecin-patient contribue en effet à l'amélioration de certains problèmes de santé. Le médecin généraliste reste le praticien le plus consulté tout au long de la vie. Il paraît donc être le praticien le plus compétent dans la connaissance de ses patients et le plus apte à adapter ses stratégies de communication en fonction de la personne. (25) (26)

Les patients s'attendent également à ce que le lien entre surpoids/obésité et santé soit fait tant dans le risque de comorbidités que dans la caractérisation même de l'obésité comme maladie entraînant potentiellement une diminution de la culpabilité. Ils sont de même de façon très évidente, demandeurs d'un suivi régulier et d'un accompagnement, tant pour démarrer que pour poursuivre et stabiliser la perte de poids. (19)

Au total, nous pouvons donc soulever une discordance entre les compétences théoriques attendues du médecin généraliste, leur ressenti sur leur prise en charge en pratique courante en ce qui concerne le surpoids et l'obésité et les attentes des patients vis-à-vis de leur médecin. Cette discordance apparaît comme un des facteurs à l'origine de l'engouement pour les programmes minceur avec livraison de repas, n'incluant pas de prise en charge médicale.

## 2. Les échecs de prise en charge et le manque d'information

Comme expliqué précédemment, aborder le sujet de la perte de poids en consultation de médecine générale ou savoir orienter un patient peut s'avérer difficile.

Le désir de perdre du poids reste cependant omniprésent chez les sujets de notre étude et c'est pourquoi ils se tournent principalement d'eux même en premier lieu vers des méthodes médicales ou chirurgicales (médecin nutritionniste, chirurgie bariatrique), paramédicales (prise en charge par une diététicien(ne)), ainsi que vers des alternatives ne relevant ni de l'un ni de l'autre (programmes de perte de poids trouvés sur internet, programmes minceur sans livraison de repas, hypnose, molécules en vente libre en pharmacie).

Une minorité a été prise en charge dans des structures spécialisés de l'obésité à la suite de la survenue de comorbidités.

Seulement trois patients soit ¼ des sujets interrogés se sont dirigés en première intention vers les programmes minceurs avec livraison de repas du fait d'un manque d'information, dans l'espoir d'obtenir des connaissances et un encadrement.

### **Nécessité d'une prise en charge globale :**

Les résultats de notre étude nous montrent que les facteurs à l'origine de la recherche de perte de poids diffèrent selon les patients.

Une partie des patients entame la démarche sous l'influence de l'entourage, une autre sur les conseils du milieu médical et d'autres par besoin personnel que ce soit pour des raisons de santé ou par non-acceptation de soi.

Pour certains patients, la recherche de perte de poids et l'image du corps sont des préoccupations qui remontent à l'enfance ou à l'adolescence comme l'illustrent les E1 et E4.

En effet, l'image du corps est propre à chacun. Elle est liée au sujet et à son histoire. Elle s'élabore dès les premiers temps de l'existence et elle est la synthèse de ses expériences émotionnelles. (27).

De même, les différences culturelles, religieuses ou autres, nécessitent d'être prises en compte, tout comme les facteurs de risque de surpoids/obésité nécessitent d'être recherchés. (1) (28)

Blaise Pascal (1623-1662), dans son ouvrage *Pensées* cite : « *On se persuade mieux, pour l'ordinaire, par les raisons qu'on a soi-même trouvées, que par celles qui sont venues dans l'esprit des autres* » (29)

Il semble donc indispensable de s'intéresser à l'histoire de vie du patient, les représentations qu'il a de son surpoids ou obésité, les facteurs ayant déclenché la recherche de perte de poids afin d'établir une prise en charge personnalisée, centrée sur le patient.

Or, une très grande majorité des patients rapportent une insatisfaction des méthodes choisies en ce qui concerne principalement le suivi par diététicien(ne), médecin nutritionniste ou la chirurgie bariatrique.

Ils rapportent un sentiment d'incompréhension de la part du professionnel consulté, parfois des paroles induisant un découragement, une prise en charge jugée « policière », l'absence de prise en compte du mode de vie, une prise en charge trop contraignante dans le quotidien ou tout simplement un échec de perte de poids.

Nos résultats sont en accord avec une thèse réalisée en 2016, portant sur les représentations des patients obèses adhérant à un programme d'amaigrissement non médicalisé. (30)

Pour nos patients interrogés satisfaits de ces méthodes dans un premier temps, ils rapportent une nouvelle prise de poids à l'arrêt due à des difficultés à poursuivre seul le changement initié. Il apparaît donc une nouvelle fois de façon évidente, la nécessité de prendre en charge le patient dans sa globalité et non pas seulement sur le plan nutritionnel.

Il apparaît judicieux de définir la motivation du patient à changer afin que le donneur de soin puisse adapter sa communication. Cela permettrait de les encourager dans leurs efforts, leur donner des explications sur les possibles rechutes et les rassurer sur l'absence d'incompatibilité avec une réussite prochaine plutôt que de porter un jugement sur leurs comportements et leurs écarts à la prise en charge.

L'entretien motivationnel qui est décrit par Miller et Rollnick, psychologues, comme un « *entretien guidé centré sur le patient pour l'encourager à changer de comportement en l'aidant à explorer et à résoudre son ambivalence face au changement* » paraît être un outil adapté à la prise en charge de l'obésité.

C'est un style de communication collaboratif, orienté vers un but, et qui accorde un intérêt particulier au langage du changement. Il a pour but de renforcer la motivation et l'engagement de la personne pour atteindre un but spécifique en explorant les raisons propres de la personne, dans un climat d'acceptation et de compassion.

Pour cela, il est nécessaire de reconnaître le stade du patient et d'appliquer des stratégies motivationnelles à son stade. (31)

Le schéma de Prochaska et DiClemente attribue 5 stades au changement.

- 1<sup>er</sup> stade : pré contemplation (non-implication), où la personne ne remarque pas qu'elle a un problème et n'a donc pas l'idée de changer
- 2<sup>ème</sup> stade : la contemplation qui est également une adhésion à l'information, où la personne pèse le pour et le contre du changement mais n'est pas encore prête à changer
- 3<sup>ème</sup> stade : la préparation (décision du changement) où la personne prend la décision effective de changer
- 4<sup>ème</sup> stade : l'action (initiation du changement), où la personne commence à appliquer des techniques pour changer
- 5<sup>ème</sup> stade : maintenance (maintenir le changement), c'est le stade de consolidation où le patient doit résister aux rechutes.

Dans ce schéma, les rechutes peuvent survenir à tout moment et celle-ci semblant plutôt être la règle qu'une exception, le suivi rapproché semble donc une nouvelle fois indispensable.

### **L'importance de la prise en charge psychologique :**

Michelle Le Barzic en 2001 soulève la question de la restriction cognitive.

La restriction cognitive désigne « *l'attitude des sujets qui limitent délibérément leur consommation alimentaire dans le but de perdre du poids ou pour éviter d'en prendre* ».

Chez les obèses, ce comportement avait été interprété comme un facteur prédisposant au développement de l'obésité car, dans certaines conditions, il s'accompagne à long terme d'une augmentation paradoxale de la consommation alimentaire.

Selon Le Barzic, « *lorsqu'un individu décide de perdre du poids, il cesse de sélectionner sa nourriture en fonction du plaisir qu'elle va lui procurer et détermine ses choix à partir de ce*



*qu'il sait ou « croit savoir » des propriétés diététiques des divers aliments. Il adopte une disposition intérieure vis-à-vis de la nourriture par laquelle il substitue la raison au plaisir en se contraignant à privilégier les informations cognitives au détriment de ses propres sensations physiologiques pour choisir sa nourriture. » De même, une prise en charge nutritionnelle non adaptée peut constituer un facteur pathogène pour le comportement alimentaire ; en imposant des normes nutritionnelles sans tenir compte des appétits et des goûts individuels, elle risque de court-circuiter les signaux métaboliques de régulation que sont la faim et la satiété, et de favoriser l'apparition de troubles du comportement alimentaire ».*

La restriction cognitive doit donc absolument être évitée, recherchée, et être la cible prioritaire des interventions thérapeutiques. (32)

D'autre part, beaucoup de patients expliquent en partie leur échec du fait d'événements de vie qu'ils considèrent en partie à l'origine de leur prise de poids.

Or, il est recommandé d'avoir une approche psychologique pour les patients en excès de poids.

(1)

Les techniques comportementales ou cognitivo-comportementales ont fait la preuve de leur efficacité.

Elles consistent à diminuer des comportements symptomatiques notamment par des techniques de déconditionnement et de reconditionnement. Elles tentent de modifier entre autres des automatismes réflexes.

Elles interviennent sur les diverses composantes des séquences comportementales, mais aussi sur la restructuration cognitive qui permet de mettre en lien ce qui se passe entre un événement précis, une émotion, des pensées et un comportement.

L'auto-observation des comportements, en particulier des conduites alimentaires, est l'élément de référence de l'approche cognitivo-comportementale. Il s'agit d'objectiver les situations ou cognitions déclenchant des prises alimentaires.

Elles sont associées à une amélioration des comportements alimentaires mais ne garantissent pas une perte de poids et doivent donc, pour être efficaces, être intégrées dans une prise en charge pluridisciplinaire. (33)

D'autre part, cette thérapie ne semble pas être la seule approche psychothérapeutique efficace : la pleine conscience, l'hypnose, le travail sur l'image corporelle, la thérapie familiale ou encore l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) peuvent s'avérer utiles. (34)

Cette approche par le médecin généraliste seul peut paraître compliquée et il peut être opportun de la compléter par une prise en charge spécialisée (d'autant plus s'il existe des troubles du comportement alimentaire ou de l'humeur) mais ne doit être en aucun cas négligée.

Au vu de nos résultats et de la littérature, ces échecs de prise en charge apparaissent comme dus à un manque de prise en compte de la dimension psychologique, à une absence de prise en compte du patient dans sa globalité, son histoire, ses habitudes de vie.

Ces méthodes auraient peut-être pu être efficaces si elles avaient été réalisées de façon concomitante.

D'autre part, il semble que ces patients aient eu le sentiment d'être « fliqués », découragés, alors que l'entretien motivationnel a fait preuve d'efficacité dans la prise en charge de pathologies chroniques complexes telles que le surpoids et l'obésité.

Ces déceptions apparaissent comme une des raisons pour lesquelles les patients, après des échecs souvent multiples, un découragement, une dévalorisation d'eux-mêmes, et un sentiment de manque d'écoute de la part de leurs interlocuteurs se dirigent vers ces programmes avec livraison de repas comme une « dernière chance » (ces programmes ont même été qualifiés lors

de l'E1 comme « une dernière chance avant la chirurgie »), où la communication avec un professionnel est proposée mais non obligatoire et à distance.

### 3. Dépistage et prévention : éléments clés de la prise en charge

Nous sommes actuellement dans un contexte de fort développement des pratiques de régimes alimentaires, lequel est lié à l'accroissement de la population en situation d'obésité, mais aussi à une tendance sociétale de recherche de la minceur, accentuée par l'ampleur des opérations marketing de promotion de ces différents régimes.

Nous l'avons exposé précédemment, deux patients de notre étude ont eu recours avant le programme minceur à des régimes amaigrissants trouvés sur internet.

#### **Mieux dépister pour mieux prévenir :**

Un rapport d'expertise collective publié en 2010 par l'Anses, « *Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement* » a permis de mettre en évidence des risques cliniques, biologiques, comportementaux, ou psychologiques liés à la pratique de certains régimes amaigrissants.

Certains peuvent induire des déséquilibres nutritionnels et des inadéquations d'apport. D'autres part, ils peuvent avoir pour conséquences des perturbations somatiques, d'ordre osseux et musculaires notamment, des perturbations psychologiques comme des troubles du comportement alimentaire ou encore des modifications profondes du métabolisme énergétique et de la régulation physiologique du comportement alimentaire. Ces dernières modifications sont souvent à l'origine du cercle vicieux d'une reprise de poids, éventuellement plus sévère, à plus ou moins long terme.

Dans ce contexte, il apparaît encore une fois indispensable en premier recours de dépister le surpoids et l'obésité d'une part, d'aborder le sujet avec le patient, de rechercher si des méthodes de perte de poids à risque sont en cours, d'informer sur les risques encourus, ou dans le cas contraire, de les prévenir. (35)

De façon plus précise, nous pouvons constater depuis plusieurs années l'émergence de programmes minceur avec livraison de repas.

Le client y adhère pour une durée déterminée à l'avance par le programme en fonction de l'objectif de perte de poids mais peut à tout moment décider de l'arrêter ou s'engager seulement un mois après l'autre.

Il peut être accompagné s'il le désire tout au long du programme par un « coach diététique » ou « expert minceur » et peut choisir des plats adaptés à son goût.

Ils consistent en une livraison de repas préparés, simplement à réchauffer, dont la composition est établie par des experts en nutrition.

Ces programmes sont réalisés sur une durée plus ou moins longue mais restent une méthode envisagée sur une durée limitée.

Dix patients interrogés ont réalisé le programme pendant moins d'un an. Entre trois mois et onze mois, pour leur première tentative. Deux d'entre eux ont réitéré l'expérience après une

reprise de poids mais n'ont poursuivi le programme que deux ou trois mois en raison d'une lassitude.

Ces résultats nous montrent que ces programmes ne peuvent, dans tous les cas, pas être une solution au long cours pour la prise en charge du surpoids ou de l'obésité, même sur le plan uniquement nutritionnel.

Deux patients étaient encore en cours de programme au moment de l'interrogatoire.

Quasiment la totalité des patients découvrent l'existence de ce type de programme par la publicité ou le « bouche à oreille ».

Les raisons pour lesquelles ils ont été séduits par ces programmes et ont décidé d'y adhérer sont multiples : avis positif et réussite d'une source considérée comme de confiance, facilité, diversité des plats, absence de tentation, rapidité de perte de poids.

Cependant, la facilité, au sens de l'absence de surcharge mentale, la possibilité de se laisser porter, paraît être la première raison de ce choix, à la suite de tentatives qui ont demandé un effort personnel parfois considéré comme trop contraignant (pesée des aliments, rendez-vous de suivi réguliers) ou par manque de connaissances.

En deuxième intention, les patients découvrent par ces méthodes la possibilité de perdre du poids en mangeant des plats jugés comme appétissants, comprenant des aliments qu'ils pensaient proscrits lors d'une démarche de perte de poids ou tout simplement qu'ils n'avaient pas l'habitude de consommer.

Or, dans la littérature il apparaît clairement, au cours d'une pathologie chronique, que le patient doit être acteur de sa santé et nécessite pour cela l'acquisition de compétences personnelles.

### **L'éducation thérapeutique du patient (ETP) :**

L'ETP est un élément central de la prise en charge. Selon l'OMS, elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.

Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont les suivantes :

- L'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins (modifications du mode de vie, prévenir les complications évitables, faire face aux problèmes occasionnés par la maladie).

- La mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation. Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.

Le but est de rendre le patient autonome en facilitant son adhésion à la prise en charge. Elle permet d'élaborer un diagnostic éducatif, son actualisation, permet d'identifier les besoins et les attentes du patient, ses priorités d'apprentissage. (36)

D'autre part, ces programmes minceur sont axés principalement sur le versant nutritionnel.

Or, certains patients rapportent qu'ils ont, de leur point de vue, lors de tentatives de perte de poids antérieures, acquis les compétences nutritionnelles nécessaires. Comme le dit le patient lors de l'E2 « moi à force j'ai compris, je pourrais même donner les cours moi-même je pense ».

Comme l'affirment les recommandations (1) (37), les interventions à plusieurs composantes sont le traitement de choix du surpoids et de l'obésité. Il est recommandé que les programmes de prise en charge du poids incluent des stratégies de changement de comportement certes pour améliorer les habitudes alimentaires et la qualité des prises alimentaires mais également pour accroître le niveau d'activité physique de la personne, réduire la sédentarité.

L'information par le médecin généraliste apparaît encore une fois indispensable.

En abordant le sujet du poids, il peut identifier les efforts nutritionnels en cours, dont le suivi de programmes minceur avec livraison de repas, et délivrer une information sur la nécessité d'une prise en charge complémentaire.

Ce versant de la prise en charge paraît d'autant plus important que huit patients interrogés sur douze au cours de cette étude ne pratiquaient aucune activité physique ni au moment de l'entretien, ni lors du suivi du programme minceur ni même parfois n'en ont jamais pratiqué de leur vie.

### **Prescription d'activité physique :**

En 2022, la HAS a publié un guide de recommandations de bonnes pratiques pour la prescription médicale d'activité physique (AP) à des fins de santé.

L'AP est un déterminant majeur de l'état de santé, de la condition physique et du maintien de l'autonomie avec l'avancée en âge et chez les personnes en situation de handicap. Elle est une thérapeutique non médicamenteuse à part entière et intervient dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire de nombreuses maladies chroniques et états de santé. (1)

En 2018, l'OMS, dans son *Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 : More active people for a healthier world* (38) montre qu'il existe des inégalités importantes d'accès à l'AP en fonction du sexe et du statut socioéconomique des individus.

Les femmes, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes défavorisées, les personnes précaires et les habitants en milieu rural ont moins souvent accès à des lieux et espaces appropriés, accessibles, sûrs et abordables pour pratiquer une activité physique ou du sport.

En ce qui concerne le surpoids et l'obésité, lors de la phase d'amaigrissement, c'est la combinaison d'une réduction modérée d'apports énergétiques et d'un niveau adéquat d'AP qui permet de maximiser la perte de poids, et surtout de limiter la perte de masse musculaire associée. Il est conseillé d'associer des AP en endurance, mais aussi des AP en renforcement musculaire.

L'AP permet également une réduction de la graisse abdominale, et donc du tour de taille, qui est associé à une majoration du risque métabolique et cardio-vasculaire.

Les mécanismes impliqués dans le processus de reprise de poids après restriction calorique sont multiples. Un élément majeur est la perte de masse musculaire associée à l'amaigrissement initial, qui induit une diminution du métabolisme de base. Il existe une corrélation inverse entre la reprise de poids et l'AP réalisée lors du programme de stabilisation du poids.

L'AP réalisée pendant la phase initiale d'amaigrissement et pendant la phase de maintien pondéral est donc essentielle pour prévenir la reprise de poids, en limitant la perte de masse musculaire et en favorisant l'utilisation des lipides.

Cependant, il existe des objectifs d'AP pouvant être difficilement atteignable car ces patients sont très souvent déconditionnés physiquement. Pour une meilleure efficacité, il est donc préférable de définir des objectifs réalistes avec le patient, l'encourager et rappeler qu'une augmentation même modeste de l'AP (en volume et/ou en intensité) a déjà des effets bénéfiques sur la santé, avec une relation dose-réponse, et qu'elle améliore la qualité de vie. Il est également nécessaire de développer les activités physiques de la vie quotidienne et d'y associer une réduction du temps passé à des activités sédentaires.

D'autre part, la réalisation d'une évaluation médicale minimale est nécessaire du fait de la présence fréquentes de comorbidités chez ces patients (principalement cardiovasculaires et ostéoarticulaires), afin d'adapter l'intensité et les modalités de l'AP, voir réaliser des examens complémentaires au préalable. (39) (40)

La prescription d'AP se fait sur ordonnance, par le médecin généraliste, en remplissant un formulaire particulier. Elle est ensuite pratiquée par des enseignants en activité physique adaptée, kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou psychomotriciens. Elle est prescrite pour une durée de trois à six mois renouvelable. Elle n'est pas remboursée par la sécurité sociale si elle n'est pas prescrite dans le cadre d'une affection longue durée, mais certaines mutuelles peuvent la prendre en charge. Des réseaux Sport-Santé régionaux sont financés par l'agence régionale de la santé (ARS) et représentent une aide à la prescription et à l'orientation du patient pour le médecin généraliste.

### **Prévenir l'isolement :**

Certains patients rapportent avoir été séduit par ces programmes leur permettant d'éviter les tentations. Que ce soit au supermarché ou dans leur vie familiale et amicale. Mais ce mode de fonctionnement peut créer un isolement.

Cette idée s'illustre par les propos rapportés par le patient de l'entretien E4 ou celui de l'E12 (« *on a un entourage qui mange normalement, et du coup on peut s'enfermer socialement parce qu'on ne mange pas pareil, on ne choisit plus les choses que l'on mange ensemble, le partage n'est plus le même* »).

En effet, d'après Ziegler et Quilliot, 2005 (41) il est préconisé de manger assis à une table, dans la convivialité et de rassurer le patient quant à son droit au plaisir de manger.

### **Suivi au long cours :**

Pour les dix patients interrogés ayant terminé le programme minceur, tous n'avaient réalisé que la phase d'amaigrissement et non la phase de stabilisation.

La raison principale étant l'atteinte de l'objectif. L'atteinte de l'objectif était synonyme d'arrêt du programme. Pour d'autres, l'arrêt a été forcé, dû à l'aspect financier.

D'autre part, sur l'intégralité des patients interrogés, seulement deux patients sur douze se sont penchés sur la question de l'après programme.

La prise en charge de l'obésité nécessitant une prise en charge à long terme, cette projection paraît pourtant indispensable.

La prévention et la délivrance d'une information par le médecin généraliste retrouve donc ici toute sa place. Face aux patients adhérant à ce type de programme, il se doit d'aborder le sujet de l'après.

L'obésité est une maladie chronique. Un suivi continu est nécessaire pour prévenir une reprise de poids, surveiller les conséquences de l'excès de poids et traiter les comorbidités. Différentes études indiquent qu'un suivi prolongé contribue à la prévention de la rechute.

La prise en charge par le médecin de premier recours doit être poursuivie au long cours. Les modifications de comportement obtenues doivent être maintenues sur le long terme.

D'où l'intervention nécessaire du médecin généraliste, pendant le programme et d'autant plus à son arrêt. (1)

Les patients doivent être informés également des risques de l'effet « Yo-Yo ». Il désigne les amaigrissements et prises de poids successifs qui peuvent se produire du fait de régimes récurrents. Toutefois, il n'y a pas de définition standard de l'effet Yo-Yo (fluctuation du poids ou variation cyclique du poids - weight cycling). La fluctuation du poids a été associée à un risque accru de maladies cardio-vasculaires chez les sujets ayant une obésité. Elle a également été associée à une augmentation du risque de syndrome métabolique. La fluctuation du poids pourrait être un facteur de risque cardio-vasculaire et de syndrome métabolique. Il faudrait donc mettre en garde les patients contre des régimes successifs à l'origine de fluctuations de poids qui peuvent être dangereuses pour la santé. (42)

D'autant plus que lors de certains entretiens, notamment les E4, E10 et E11, la perte de poids paraissait recherchée pour permettre dans un second temps de reprendre une alimentation plaisir à l'occasion d'un départ en vacances.

Face à l'émergence de ces programmes minceur avec livraison de repas, la publicité, les partages d'expériences personnelles qui sont hors de contrôle du milieu médical, la prévention au cours des consultations semble être d'une importance majeure.

Le dépistage de l'obésité et du surpoids, de façon systématique, ainsi que l'abord du sujet du poids peuvent permettre potentiellement au patient de verbaliser au médecin les tentatives passées ou en cours, dont l'adhésion à ces programmes.

Ceci pourrait permettre d'ouvrir un champ au médecin généraliste en ce qui concerne l'accompagnement complémentaire à la prise en charge nutritionnelle, la poursuite d'un suivi rapproché lors de l'arrêt du programme. Ceci permettrait également une délivrance d'information adaptée aux croyances et aux compétences recherchées des patients vis-à-vis de leur surpoids ou obésité.

## C. Perspectives

Nous avons vu précédemment le premier recours médical et paramédical en ce qui concerne la prise en charge de l'obésité de l'adulte, incluant médecin généraliste, diététicien(ne), psychologue, kinésithérapeute, coach en APAS (Activité Physique Adaptée et Santé).

Cependant, lorsque le médecin généraliste se sent dépassé que ce soit par le sentiment de manque de formation ou par l'inefficacité de sa prise en charge en ce qui concerne le patient obèse, il peut se mettre en lien avec des professionnels appartenant au « deuxième recours » dans la prise en charge de l'obésité : médecins spécialistes en nutrition, en endocrinologie, exerçant en cabinets de ville ou établissements de santé.

Selon le stade de sévérité de l'obésité ( $>30\text{kg/m}^2$ ) ou la complexité de la prise en charge, les patients peuvent en 3<sup>ème</sup> recours être orientés vers des Services de Suites et Réadaptation (SSR)

spécialisés en affections métaboliques et endocriniennes ou vers des Centres Spécialisés dans l'Obésité (CSO), en lien avec ceux-ci. (43)

En ce qui concerne le département des Landes, l'offre de soins diffère selon le lieu de vie et il est impossible de faire un état des lieux des professionnels disponibles sur l'intégralité des communes mais une majorité des patients interrogés ayant rapporté une difficulté d'accès aux soins du fait de la distance, du manque de professionnels vivait en milieu rural. Un seul patient rapportait ces mêmes difficultés en zone urbaine. Les autres ne voyaient pas de lien entre lieu de vie et prise en charge de leur obésité ou alors ne l'ont pas évoqué.

En ce qui concerne le 3eme recours, deux SSR de prise en charge de l'obésité et des maladies métaboliques existent dans le département des Landes mais aucun CSO.

Les premiers CSO de proximité se trouvant au CHU de Bordeaux et au CH de Pau.

Il pourrait être intéressant d'étudier le ressenti des médecins généralistes des Landes en ce qui concerne l'offre de soins dans ce département et si elle influence ou non la prise en charge proposée à leurs patients obèses ou en surpoids.

En ce qui concerne le plan médicamenteux, il n'existe actuellement aucun traitement médical de prise en charge de l'obésité ayant fait la preuve de son efficacité et prescrit en pratique courante.

Peut-être que si une telle molécule sur prescription existait, le milieu médical étant parfois perçu comme un milieu exclusivement prescripteur, le sujet serait plus facilement abordé par les patients eux-mêmes.

D'autre part, depuis 2004, le dispositif Asalée (Action de santé libérale en équipe) permet aux patients atteints de pathologies chroniques telles que l'obésité d'être suivi conjointement au sein d'un même cabinet par le médecin généraliste et un(e) infirmier(e) délégué(e) à la santé publique. Cette prise en charge permet de valoriser l'éducation thérapeutique personnalisée du patient afin de le rendre autonome et acteur de sa santé.

Il serait intéressant de savoir combien de médecins généralistes connaissent l'existence de ce dispositif et s'ils y ont recours car aucun patient n'a mentionné cette prise en charge en amont du suivi du programme minceur avec livraison de repas.

D'autre part, récemment est apparue la profession d'IPA (Infirmier(e) en Pratique Avancée) permettant d'améliorer la qualité des parcours des patients sur des pathologies ciblées en exerçant dans une forme innovante de travail interprofessionnel. Un des domaines d'intervention concerne les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires. Le médecin généraliste peut voir dans l'émergence de cette profession une nouvelle aide à la prise en charge des sujets obèses ou en surpoids, qu'ils présentent des comorbidités ou non. (44)

# CONCLUSION

L'épidémie d'obésité est en constante augmentation en France.

Le système de soins doit s'adapter pour enrayer sa progression tout en réduisant l'exclusion sociale et la stigmatisation dont les personnes obèses sont encore victimes.

En parallèle de la prise en charge graduée existante, se développent des programmes minceur avec livraison de repas, non médicalisés, ayant pour but d'aider les sujets en recherche de perte de poids à atteindre leurs objectifs tout en facilitant leur quotidien : repas déjà préparés seulement à faire réchauffer, adaptés au mieux aux goûts du client n'impliquant aucune préparation des repas, quasiment aucune course, aucun comptage de calories.

Le but de cette étude était de connaître les raisons du recours à ces programmes alors qu'un système de soins en constant développement existe.

Le médecin généraliste, en tant que médecin de premier recours, doit théoriquement jouer un rôle de dépistage, de prévention et d'information en ce qui concerne ses patients en surpoids ou obèses.

Or la littérature et notre étude nous montrent qu'en pratique courante, assurer ce rôle paraît difficile, que ce soit pour des raisons de manque de temps, idées faussées sur l'obésité, peur de l'abord du sujet ou peur d'une dégradation de la relation médecin patient. Ces patients se sentent donc parfois non écoutés ou démunis et recherchent seuls de l'aide.

Ils se dirigent la plupart du temps en premier lieu vers un(e) diététicien(e), médecin nutritionniste, régime trouvé sur internet, hypnose, voire la chirurgie bariatrique. Ces méthodes se soldent pour la majorité des patients par un échec du fait d'une prise en charge non pluridisciplinaire et souvent qu'ils qualifient comme policière.

Mais parfois, pour une minorité, ces programmes minceur peuvent également être la première solution tentée pour perdre du poids afin de suppléer à des connaissances qu'ils n'ont pas.

C'est la télévision, en premier lieu, qui fait connaître l'existence de ce type de programmes aux patients et fait germer petit à petit à force de matraquage publicitaire, l'idée d'une solution pouvant être source de réussite souvent après de multiples échecs et des variations de poids depuis plusieurs années.

Ces programmes ont une prise en charge axée sur la nutrition, élément certes indispensable mais à intégrer dans une démarche plus globale. Ils sont réalisés sur une durée limitée et rendent le patient contemplatif alors que celui-ci se doit de comprendre sa maladie et être acteur de sa santé.

Comme vu précédemment, pour la majorité, ces programmes arrivent après d'autres tentatives, comme une « dernière chance ».

Il apparaît donc primordial que le médecin généraliste, face à un patient verbalisant avoir recours à ce type de programme, assure un rôle d'écoute et d'accompagnement. Il se doit de s'intéresser à l'histoire personnelle du patient, d'encourager la démarche de perte de poids, l'effort fourni mais également d'assurer la prise en charge complémentaire et de délivrer les informations possiblement manquantes sur la nécessité d'une éducation thérapeutique associée, prévenir la reprise de poids dès l'arrêt du programme en poursuivant l'accompagnement nutritionnel, en luttant contre la tendance à l'implication personnelle minimale de ce type de programme, proposer d'associer une prise en charge psychologique ainsi qu'une activité physique régulière et adaptée, et ce sur le long terme.



# BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Recommandation pour la pratique clinique [Internet]. 2011 [consulté le 02 février 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011\\_09\\_30\\_obesite\\_adulte\\_argumentaire.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf)
2. ObEpi Roche 2020. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité [Internet]. 2020 [consulté le 06 février 2023]. Disponible sur: <https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2021/08/Enquete-epidemiologique-sur-le-surpoids-et-lobesite-Odoxa-x-Obepi.pdf>
3. 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;9:88.
4. Van der Steeg JW, Steures P, Eijkemans MJC, Habbema J, Hompes P, Burggraaff J, et al. Obesity affects spontaneous pregnancy chances in subfertile, ovulatory women. Hum Reprod 2008;23(2):324-8.
5. Barvaux VA, Aubert G, Rodenstein DO. Weight loss as a treatment for obstructive sleep apnoea. Sleep Med Rev 2000;4(5):435-52
6. Poulain JP. La lutte contre la stigmatisation des sujets en surpoids : une voie de prévention de l'obésité. Dans: Zermati JP, Apfeldorfer G, Waysfeld B, Traiter l'obésité et le surpoids. Paris: Odile Jacob; 2010. p. 289-303.
7. Société Française d'Endocrinologie. L'obésité de l'adulte [Internet]. 2022 [consulté le 10 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.sfendocrino.org/item-253-obesite-de-ladulte/>
8. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge [Internet]. 2006 [consulté le 02 février 2023]. Disponible sur: <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/66>

9. Ministère de la santé et de la prévention. Lancement du 4<sup>ème</sup> Programme national nutrition santé 2019-2023 [Internet]. 2019 [consulté le 10 avril 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/lancement-du-4eme-programme-national-nutrition-sante-2019-2023>
10. Ministère de la Santé et de la prévention. La prise en charge graduée de l'obésité. [Internet]. 2022 [consulté le 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/la-prise-en-charge-graduee-de-l-obesite-430295>
11. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. Saint-Cloud: Global Media Santé; 2021.
12. Code de la Santé Publique. Article L1121-3. (version ne vigueur depuis le 31 juillet 2022)
13. Institut national de la statistique et des études économiques. Niveau de vie selon l'âge. Données annuelles de 1996 à 2019 [Internet]. 2021 [consulté le 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416878>
14. Institut national de la statistique et des études économiques. Usage de l'internet pour les relations sociales selon l'âge. Données annuelles de 2012 à 2022 [Internet]. 2023 [consulté le 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2411023>
15. CNGE, CNOSF, CASSF, CNGOF. Référentiels métiers et compétences médecins généralistes, sage-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010.
16. HAS. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. 2015 [consulté le 15 juin 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi)

17. Lehr-Drylewicz A, Renoux C, Savan L, Lebeau JP. La prise en charge du surpoids en médecine générale : mission impossible ? *Exercer*. 2010; 94:132-7.
18. Cornet P. Corps obèses et société. Regards croisés entre médecins et patients. Thèse de doctorat en sciences humaines et sociales, Paris Est: Université Paris Est; 2015.
19. Guérin R, Lasserre É, Moreau A, Guïoux A, Le Goaziou MF, Laville M, et al. Surpoids de l'adulte jeune : le poids des mots, le choc des représentations. *Exercer*. 2008; 84:135-41.
20. Fayemendy PJM. La prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne : difficultés rencontrées et suggestions d'amélioration. Thèse de médecine, Limoges: Université de Limoges; 2012.
21. Amour R. Analyse de la prise en charge de l'obésité de l'adulte par les médecins généralistes de Gironde. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2017.
22. Bocquier A, Paraponaris A, Gourbeux JC, Lussaux PY, Basdevant A, Verger P. Management of obesity. Knowledge, attitudes, and practice of general practitioners in the PACA region: result of a telephone survey. *Presse Med* 2005 ; 34 : 769-75.
23. Santa F. Anticiper sans heurter. *Le généraliste*. 2017;(2786):28.
24. Contiero-Yvars A. Ressentis et attentes des patients concernant la prise en charge de leur surpoids/obésité par le médecin généraliste : étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le département de l'Hérault. Thèse de médecine, Montpellier: Université de Montpellier; 2018.
25. Perdrix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin-patient. *Exercer*. 2017; 132:187-8.
26. Porter, Elias.H. *An introduction of Therapeutic Counseling*. Boston: Houghton Mifflin; 1950.

27. Dolto.F. L'image inconsciente du corps. Paris: Editions du Seuil; 1984
28. Richard C, Thoer C. Comprendre les représentations et les croyances liées à la santé et à la maladie : une première étape vers un dialogue. Dans: Richard C, Lussier MT, La communication professionnelle en santé, 2<sup>ème</sup> édition. Montréal: Pearson; 2016. p. 111-131.
29. Pascal B. Pensées. Royaume de France: 1669.
30. Vertueux M. Représentations de patients obèses adhérent à un programme d'amaigrissement non médicalisé concernant la prise en charge de leur surpoids. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse de médecine, Angers: Université Angers; 2016.
31. Miller W.R, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement 2ème édition. Paris: InterEditions; 2013.
32. Le Barzic M. Le syndrome de restriction cognitive : de la norme au désordre du comportement, alimentaire. Diabetes Metab 2001; 27: 512-6.
33. Cottraux J. Les thérapies comportementales et cognitives. Paris: Masson; 2004.
34. Volery M, Bonnemain A, Latino A, Ourrad N, Perroud A. Prise en charge psychologique de l'obésité : au-delà de la thérapie cognitivo-comportementale. Rev med Suisse. 2015; 11:704-8.
35. ANSES. Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. Rapport d'expertise collective. [Internet]. 2010 [consulté le 10 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2009sa0099Ra.pdf>
36. HAS. Éducation Thérapeutique : comment la proposer et la réaliser, recommandations. [Internet]. 2007 [consulté le 10 juin 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_comment\\_la\\_proposer\\_et\\_la\\_realiser\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf)

37. National Institute for Health and Clinical Excellence. Obesity : identification, assessment and management. NICE guideline CG189[Internet]. 2022 [consulté le 02/06/ 2023]. Disponible sur : <https://www.nice.org.uk/guidance/CG189>
38. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world [Internet]. 2018 [consulté le 20 juin 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>
39. HAS. Prescription d'activité physique et sportive. Surpoids et obésité de l'adulte [Internet]. 2018 [consulté le 20 juin 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/ref\\_aps\\_surpoids\\_obesite\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/ref_aps_surpoids_obesite_vf.pdf)
40. HAS. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte [Internet]. 2022 [consulté le 20 juin 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante)
41. Ziegler O, Quilliot D. Prise en charge de l'obésité de l'adulte. Rev Prat 2005;55(13):143752.
42. Vergnaud AC, Bertrais S, Oppert JM, MaillardTeyssier L, Galan P, Hercberg S, et al. Weight fluctuations and risk for metabolic syndrome in an adult cohort. Int J Obes. 2008;32(2):315-21.
43. Ministère de la Santé et de la prévention. La prise en charge graduée de l'obésité. [Internet]. 2022 [consulté le 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/la-prise-en-charge-graduee-de-l-obesite-430295>
44. Ministère de la Santé et de la prévention. L'infirmier en pratique avancée. [Internet]. 2022 [consulté le 10 juillet 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

## ANNEXES

Annexe 1 : Affiche exposée dans les cabinets médicaux



# AIDE A L'AVANCÉE D'UNE THESE DE MÉDECINE GÉNÉRALE :

**-VOUS AVEZ 18 ANS OU PLUS**

**-VOUS AVEZ DÉJÀ ADHÉRÉ A UN PROGRAMME MINCEUR AVEC LIVRAISON DE REPAS A DOMICILE DANS LE BUT D'UNE PERTE DE POIDS**

**-VOUS ETES D'ACCORD POUR RÉPONDRE A UN QUESTIONNAIRE LORS D'UN ENTRETIEN RAPIDE**

**VOUS POUVEZ VOUS MANIFESTER AUPRES DE *(nom du médecin généraliste et/ou IDE Asalée)***

**Aurélié SEKONIAN, interne en médecine générale**

## Annexe 2 : Guide d'entretien

### Caractéristiques du sujet interrogé au moment du PMALR

- Sexe
- Age
- Activité professionnelle
- Pratique d'une activité physique et sportive régulière
- Contexte familial
- Poids, taille (calcul de l'IMC)
- ATCD personnels généraux et ATCD familiaux de surpoids/obésité

#### 1. Comment est venu le désir de perdre du poids ?

Questions de relance éventuelle : démarche évoquée par le milieu médical ? Paramédical ? Par une personne de l'entourage ? Démarche personnelle ?

#### 2. Si vous avez tenté une méthode de perte de poids avant l'adhésion au PMALR, laquelle avez-vous tenté ?

Questions de relance éventuelle : un suivi médical ? paramédical ? seul(e) ?

#### 3. Comment avez-vous connu les PMALR ?

Questions de relance éventuelle : vous ont-ils sauté aux yeux sans que vous n'y ayez pensé par vous-même ? vous en a-t-on parlé ?

#### 4. Quel est l'élément qui vous a séduit chez eux, vous a poussé à y adhérer ?

Questions de relance éventuelle/reformulation : qu'avez-vous pensé que ce programme pouvait vous apporter de plus qu'une autre méthode ?

#### 5. Pourquoi avez-vous arrêté le programme minceur et au bout de combien de temps ?

#### 6. Par quel(s) moyen(s) avez-vous partagé votre expérience si cela a été le cas ?

Questions de relance éventuelle : réseaux sociaux ? conversations ? internet ?

#### 7. Pendant le PMALR, vous êtes-vous projeté(e) sur « l'après » ?

#### 8. Avez-vous quelque chose à ajouter, un point important pour vous que nous n'aurions pas abordé ?

## Annexe 3 : Grille des critères COREQ

### Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles :

N°	Item	Guide question	Réponse
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Aurélié SEKONIAN
2	Titre académique	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne de médecine générale, DES obtenu
3	Activité	Quel était son activité au moment de l'étude ?	Médecin remplaçant
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative

Relation avec les participants :

N°	Item	Guide question	Réponse
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant ?	Non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Motif de la recherche
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Intérêt pour la compréhension d'un comportement

### Domaine 2 : conception de l'étude

Cadre théorique :

N°	Item	Guide question	Réponse
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorisation ancrée

Sélection des participants :

N°	Item	Guide question	Réponse
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Dirigé, recherche de variation maximale sur Les critères sociodémographiques
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Mail, téléphone portable



12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus ?	Douze
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	Une personne initialement volontaire n'a pas donné suite

Contexte :

N°	Item	Guide question	Réponse
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	12 au domicile et 2 par téléphone
15	Présence de non-participants	Y-avait-il d'autres personnes présentes ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Cf tableau caractéristiques de la population dans les résultats

Recueil des données :

N°	Item	Guide question	Réponse
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Le guide d'entretien n'était pas fourni ni testé au préalable des entretiens
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui combien de fois ?	Un seul entretien par participant
19	Enregistrement audiovisuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement pour recueillir les données ?	Enregistrement au dictaphone après accord du participant
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant l'entretien individuel ?	Oui
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	En moyenne 20 min 74 sec
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

### Domaine 3 : analyse et résultats

Analyse des données :

N°	Item	Guide question	Réponse
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Deux
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non

26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir de données ?	Déterminés à partir des données recueillies
27	Logiciel	Quel logiciel le cas échéant a été utilisé pour gérer les données ?	Nvivo
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimés des retours sur leurs résultats ?	Non

Rédaction :

N°	Item	Guide question	Réponse
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ?	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y-a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion de thèmes secondaires ?	Oui

## Annexe 4 : Caractéristiques de la population

Entretien	IMC au moment du PMLR en kg/m <sup>2</sup>	Sexe	Age au moment du PMLR	Activité physique	Emploi	Contexte familial	Lieu de vie	Durée d'entretien	Antécédents médicaux
E1	35,6 : obésité sévère	Féminin	41 ans	Oui	Secrétaire de mairie	Mariée, 2 enfants	Rural	35min12sec	Aucun
E2	42,2 : obésité morbide	Féminin	73 ans	Non	Retraitée	Mariée, 1 enfant	Rural	19min30 sec	DT2
E3	34,6 : obésité modérée	Féminin	75 ans	Non	Retraitée	Veuve, 1 enfant	Rural	14min45sec	Coronaropathie stentée, DT2 HTA
E4	39,9 : obésité sévère	Féminin	60 ans	Oui	Cadre	Mariée, 1 enfant	Urbain	30min10sec	HTA GEU Pathologie ostéoarticulaire
E5	42,3 : obésité sévère	Masculin	74 ans	Non	Retraité	Séparé, 2 enfants	Rural	12min40sec	HTA Insuffisance veineuse
E6	45,3 : obésité sévère	Féminin	63 ans	Oui	Invalidité	Mariée, 2 enfants	Rural	34min28sec	Pathologie ostéoarticulaire
E7	36,3 : obésité sévère	Féminin	56 ans	Non	Esthétique	Divorcée, 3 enfants	Urbain	12min15sec	Aucun
E8	35,8 : obésité sévère	Féminin	71 ans	Non	Retraitée	Divorcée, 3 enfants	Urbain	18min02sec	DT2
E9	28 : surpoids	Masculin	55 ans	Oui	Contrôleur finances publiques	Célibataire	Urbain	20min23sec	Aucun
E10	28 : surpoids	Féminin	56 ans	Non	Infirmier(e)	Mariée, 1 enfant	Urbain	12min40sec	Aucun
E11	34,5 : obésité modérée	Féminin	58 ans	Non	Aide soignant(e)	Célibataire, 1 enfant	Urbain	19min05sec	HTA
E12	32,4 : obésité modérée	Masculin	50 ans	Non	Invalidité	Marié, 2 enfants	Rural	21min39sec	Pathologie ostéoarticulaire

## Annexe 5 : Résumé des résultats



Adhésion au programme minceur avec livraison de repas

**Place dans la démarche :**

- **1<sup>er</sup> Recours**  
« Non je n'avais rien tenté avant. Je ne savais pas quoi faire » (E9)
- **Après d'autres tentatives**  
« Je pense qu'on peut dire que j'ai tenté tout ce qu'il peut exister avant le programme minceur, du sérieux et du moins sérieux. J'ai fait tout ce qu'il faut faire et aussi pas faire » (E2)

**Méthode de découverte :**

- **Publicité**  
« Je les ai connus à la télévision. Ils font un abattage tout le temps » (E6)
- **Bouche à Oreille**  
« J'ai découvert ça par la bonne parole de certains voisins chez qui ça marchait bien » (E5)
- **Recherche Personnelle**

**Raisons de l'arrêt :**

- **Objectif fixé atteint**
- **Lassitude**
- **Prix**

**Projection sur l'après :**

- **Oui**  
« Je savais qu'en arrêtant j'allais continuer à essayer de faire tout pareil, manger de tout en petite quantité pour pas reprendre. J'avais compris » (E8)
- **Non**  
« Non je ne me suis pas projetée. Parce qu'en fait on est un peu endormi par cette façon de manger sans réfléchir. Donc on n'y pense pas. La seule chose à laquelle on pense c'est voir le chiffre diminuer sur la balance » (E12)

**Arguments de choix :**

- **Avis positif/ réussite personne de confiance**  
« Voir que ça marche sur quelqu'un de réel. Enfin je veux dire quelqu'un que je connais bien » (E7)
- **Facilité**  
« Je ne fais plus du tout de repas, je me confie à ce qu'on me livre, je n'ai rien à faire c'est formidable » (E5)
- **Diversité des plats**  
« La composition avait l'air bien, ils montraient des plats que j'aimais » (E6)
- **Absence de tentation**  
« Je me suis dit je ne vais plus rien acheter donc je ne serai tentée de rien » (E3)
- **Rapidité de la perte / Images publicitaires**  
« Les photos de l'avant / après à la télévision ça fait rêver » (E11)
- **Besoin d'information**  
« Ce sont des professionnels, les normes on ne les connaît pas trop. Sur le sel, le sucre... Enfin tout ça » (E5)

**Impact du lieu de vie :**

- **Oui**
  - o **Manque d'offre de soin**  
« Nous ici il n'y a pas grand-chose. Je n'ai pas cherché plus loin » (E3)
- **Non**

**Partage de l'expérience :**

- **Oui**
  - o **Entourage proche / conversations**
  - o **Milieu Professionnel**
- **Non**



## Annexe 6 : Exemple de retranscription d'un entretien

Aurélie : Au moment du suivi du PMALR, quel âge aviez-vous ?

Patient(e) : 63 ans

Aurélie : Quelle était votre activité professionnelle ?

Patient(e) : Alors j'étais commerçant(e) mais je suis en invalidité depuis 11 ans pour spondylarthropathie dégénérative donc j'étais déjà en invalidité.

Aurélie : D'accord. Quelle était votre situation familiale ?

Patient(e) : Marié(e) depuis 45 ans, 2 enfants, 6 petits-enfants.

Aurélie : Pratiquez-vous une activité physique et sportive ?

Patient(e) : Oui j'ai fait beaucoup de sport, de l'athlétisme. J'ai commencé très tôt vers 7-8 ans, parcontre j'ai pratiqué aussi la danse classique au conservatoire. Mais après j'ai dû abandonner parce que j'avais plus le temps. J'avais deux magasins, j'aidais mes parents aussi dans leur commerce, mes enfants enfin ce n'était pas possible. Donc après je n'ai plus rien fait.

Aurélie : D'accord. Quelle taille faites-vous ?

Patient(e) : 172 cm

Aurélie : Vous rappelez vous de votre poids avant de débiter le programme ?

Patient(e) : 134 kg.

Aurélie : Avez-vous des problèmes de santé particuliers ?

Patient(e) : Ben la spondylarthropathie dégénérative

Aurélie : Comment est venu le désir de perdre du poids ?

Patient(e) : Alors la première fois que j'ai eu vraiment, pas un coup de bambou dans la figure mais on va dire .. euh .. le déclic, c'est lorsque je suis retourné(e) voir mon chirurgien orthopédique, qui m'a opéré des genoux, il m'a réaxé la rotule, j'ai des greffes osseuses et tendineuses, c'était il y a 15 ans, il m'a dit « il vous faut une chirurgie bariatrique. Parce que vous êtes vraiment trop fort(e), vous êtes obèse morbide ». Moi je ne savais pas ce que c'était. Donc déjà les mots j'ai trouvé ça .. euh .. morbide (rires). Et du coup ben ça m'a foutu un choc parce que moi je ne me sentais pas fort(e). Physiquement je me sentais bien, et je me suis dit « là ils sont en train de me dire des trucs il faudrait peut-être que je réagisse. D'autant plus que ma maladie des articulations est en train de se développer ». On n'osait pas me le dire en face mais je sentais bien qu'il fallait que je perde du poids. Mon médecin traitant ne m'a jamais rien dit. Il me connaît et il me dit juste faites attention de ne pas grossir. Puis après mon mari a pris

le relai. Lui il est très sportif, ancien militaire, et lui il ne supporte pas un kilo de trop chez lui c'est une catastrophe donc si vous voulez il a changé de métier, il s'est retrouvé dans les bureaux, à grossir, et là du coup il a pété un câble et il a décidé qu'on devait maigrir tous les deux. Donc moi j'ai dit d'accord on y va.

Aurélie : Ok. Quelle méthode de perte de poids avez-vous tenté alors ?

Patient(e) : Ben la chance c'est que j'étais à la maison à cause de mon invalidité donc je pouvais faire moi-même les repas. Donc c'est une énorme chance. C'était il y a 10 ans.

Aurélie : Qu'avez-vous fait ?

Patient(e) : J'ai changé l'alimentation. Lui il a perdu 10 kilos dans l'année, ça a hyper bien marché, moi rien du tout. Mais le problème c'est que lui il bouge, il fait plein de choses que moi je ne fais pas. Il y a des moments je ne peux pas me déplacer. Physiquement, moi qui étais hyperactif(ve), je suis tombée dans l'opposé. Après j'ai travaillé dans l'agro-alimentaire, donc niveau science et alimentation je connais un peu les basiques, je n'ai pas de souci de ce côté-là. Pour moi tout me parle. Enfin. Donc après je suis allée à l'hôpital voir un chirurgien bariatrique. Il y a plusieurs consultations et j'étais très agacé(e) parce qu'à la troisième il me dit « euh tout est bien parti, on vous opère, vous arriverez à 69 kilos je ne veux pas que vous soyez au-dessus ». Je l'ai regardé je lui ai dit « ce n'est pas possible. Je faisais ce poids là à 14 ans et j'étais menue ». Donc ils se fient qu'à leurs courbes à eux pas à la personne en face et à sa morphologie. Puis dans ma famille ils sont tous ... moi je suis la plus petite et la moins baraquée de la famille. Donc qu'est-ce que vous voulez que je vous dise. Ce n'est pas adapté. Et donc je lui ai dit mais « vous ne pouvez pas utiliser ça moi je n'ai jamais été dans la courbe vous n'allez pas m'y mettre maintenant ». Je me souviendrai toujours qu'à l'âge de 13 ans il y avait un médecin à l'école qui avait alerté mes parents parce que mes parents étaient restaurateurs. Puis le contexte était particulier, je suis arrivée à 13 ans dans le centre de la France, nous venions d'Allemagne, je parlais français mais avec un gros accent germanique et mes parents leur spécialité c'était la choucroute. Donc le médecin qui était, je pense, assez âgé et surement nazi, m'avait mis dans la catégorie grosse. Je me retrouvais avec des croix gammées sur mes cahiers, c'était violent, pareil sur les portes du restaurant. On était tombés dans un village où ça ne passait pas quoi. Donc j'ai très mal vécu la chose et c'est là que j'ai commencé à prendre du poids aussi. J'avais encore l'athlétisme mais plus la danse, j'ai pris du poids parce que j'ai été rejetée de tous les côtés. J'étais déjà baraquée mais le harcèlement m'a fait prendre du poids en plus. Enfin bref, donc moi j'ai dit au médecin « vous ne pouvez pas imposer à des gens votre tableau là, on est particulier chacun, chacun a un vécu et des origines qui fait que son métabolisme est différent. On ne va pas me faire descendre à 69kg. Moi je me disais si je descends à 90 kg ce serait super. Alors il a refusé de m'opérer. Là-dessus, j'ai fait quand même des jours avec un endocrinologue-nutritionniste et tout ça en hospitalisation pendant 3 jours. C'était très sympa parce qu'on se retrouvait avec des gens comme nous, enfin dans la même problématique mais avec un contexte de prise de poids complètement différent. C'était très intéressant, moi j'ai vécu ça super, c'était des petites vacances (rires). On nous a appris à faire des efforts en fonction de notre morphologie, c'est vrai que ce n'est pas inné. On a fait de la sophrologie aussi parce que c'est vrai que ça vient aussi beaucoup de la tête. C'est là que j'ai commencé à analyser comment tous les problèmes sont venus et c'est la psychologue qui m'a suivie après. Comme j'ai refusé la chirurgie je suis rentré dans l'autre circuit pendant 3 ans. Donc j'ai fait des trucs. Là c'est super, 3 fois par semaine en salle de gym, donc j'ai fait tout ça pendant 3 ans. Mais à la fin des 3 ans j'ai continué avec le coach sportif qui était initialement

pris en charge par la sécurité sociale mais ça me revenait trop cher. Après c'est axé sur le moyen terme. Quand on sort de là il faut continuer tout seul. Mais bon il faut avoir les appareils, la structure, il faut toujours aller sur Dax et moi les déplacements sont difficiles. Là on a économisé pendant presque un an, et on a acheté un rameur, mon mari me l'a installé, parce que j'avais aimé et qu'au moins je travaille tout le corps et je suis assise pour mes genoux. Et puis quand j'ai dû arrêter je m'y étais habituée donc ça m'a manqué. Enfin bref, j'ai fait tout ça, mais j'ai perdu seulement 4kg (soufflement). Sur les 3 ans. Mais alors là dès que j'ai arrêté j'ai repris tout de suite tout. Dans les 6 mois qui ont suivi. Donc après j'ai pris YYYYYY. C'est un budget mais mon mari gagnait bien sa vie encore à l'époque.

Aurélié : Du coup, comment avez-vous connu ce programme minceur avec livraison de repas ?

Patient(e) : A la télévision. Ils font un abattage tout le temps.

Aurélié : Qu'est-ce qui vous a séduit chez eux ? Vous a poussé à y adhérer ?

Patient(e) : Le concept. Parce que là-bas ils calculent les calories eux et ils adaptent. Puis mon mari travaillant ça faisait que j'avais besoin de ne pas faire à manger pour moi. Juste pour lui. Puis c'est livré tout fait. Et c'était tout le temps des plats que j'aimais.

Aurélié : Le fait que ce soit livré tout fait était un vrai atout ? Vous avez l'impression que les autres méthodes vous ont demandé trop d'effort ?

Patient(e) : Oui. Parce qu'en fait j'étais obligée de me prendre moi-même en charge. Et j'étais fatiguée à l'époque. C'était trop lourd pour moi sur un temps trop court. Surtout avec le nombre de déplacements. Là ce n'est pas pareil. On ne réfléchit pas, on vous livre chez vous.

Aurélié : Vous vous êtes dit que ce programme pouvait vous apporter quoi de plus que les autres méthodes ?

Patient(e) : Me réguler au niveau des quantités. Et des calories. C'était le but. (rires). Parce que moi mon estomac est « balaise ». Je le reconnais. D'ailleurs j'ai eu très faim au départ.

Aurélié : Ok donc vous réguler au niveau des calories sans avoir à compter quoi que ce soit.

Patient(e) : Voilà exactement. Et aussi sans avoir à acheter. Parce que comme j'avais pris un long programme, c'était moins cher, donc j'avais fait le calcul et en fait ça revenait moins cher que d'acheter tous les produits frais.

Aurélié : Au bout de combien de temps avez-vous arrêté le programme mineur ?

Patient(e) : 11 mois.

Aurélié : Pourquoi l'avez-vous arrêté ?

Patient(e) : Ben c'est parce que mon mari est tombé malade et là je ne pouvais plus payer. Là c'était vraiment une question financière.

Aurélié : Vous l'auriez continué ?



Patient(e) : Ben en fait j'avais atteint mon objectif mais ils ont un programme de stabilisation. Mais du coup je n'ai pas réussi à le faire. Puis j'ai une beaucoup de moments familiaux difficiles après. Mener deux combats j'étais incapable. C'est psychique et comme chez moi le psychique joue beaucoup, je me suis retrouvée beaucoup plus fatiguée, j'ai eu des problèmes de santé, j'ai dû être hospitalisée aussi et donc dans ces moments-là ben tu fais plus trop attention à rien.

Aurélie : D'accord. Avez-vous partagé votre expérience par la suite ?

Patient(e) : Alors oui. Mais j'ai été surprise du mauvais accueil que ça avait dans les conversations autour de moi.

Aurélie : Pouvez-vous préciser ?

Patient(e) : Le rejet, les gens sont braqués sur les régimes. Anti-régimes. Il faut dire qu'autour de moi j'ai beaucoup de personnes qui ont des problèmes de poids. Donc des personnes qui ont essayé beaucoup de choses. Bon moi je n'ai jamais trop adhéré à tous ces trucs là mais c'est vrai que ce n'est pas l'idéal quand tu n'es pas prête dans ta tête.

Aurélie : Vous en avez parlé en positif ?

Patient(e) : Oui et ça a été direct mal accueilli. On m'a dit que de toute façon j'allais reprendre mon poids, ce qui est vrai. J'ai repris mon poids. Enfin quasi mais quand même un peu moins. Vu le contexte ça ne m'étonnait pas. C'est vraiment lié à la tête. Quand on a des problèmes psychologiques à résoudre c'est compliqué.

Aurélie : D'accord. Avez-vous quelque chose à ajouter ? une remarque, un point dont on n'aurait pas discuté ?

Patient(e) : Ben je pense que je me suis fâchée avec le chirurgien parce qu'on a tous un parcours différent. Eux sont fixés sur des chiffres, sur des courbes, il n'y a pas d'écoute. Dans le parcours on avait des balances qui mesuraient plein de choses différentes et pas que le poids et ils m'avaient dit que j'avais une masse osseuse importante, 6 kilos, c'est énorme pour une femme. Je pense qu'il faudrait rester plus longtemps là-dedans mais que ce soit moins intensif d'un coup. Après on est seul dans la nature. On est fragile, il faudrait être toujours accompagné. C'est comme avec le régime. Il y a la période perte de poids mais après la stabilisation il n'y a pas eu. J'ai un ami qui a fait la chirurgie. Il a perdu 40 kg mais il a repris ... il en est à 20 kg là. Parce que lui aussi sa vie personnelle est compliquée. D'ailleurs je ne vous l'ai pas dit mais ma fille se fait opérer d'une chirurgie bariatrique dans un mois, elle a commencé le parcours il y a 10 mois. Moi j'ai trouvé ça franchement très rapide. Elle, elle me disait que ce n'était pas bon YYYYYY. Elle a essayé plein de choses et puis voilà. Là-dessus elle est seule avec 3 garçons, séparée des deux papas, psychologiquement je ne la trouve pas forcément bien au point, ils l'opèrent et je pense qu'elle n'a pas eu le suivi psychologique qu'il faut. Elle fait énormément la fête, elle travaille beaucoup, se déplace sans arrêt, mange tout le temps dehors donc moi je ne sais pas si elle va assumer tout ça. Puis un de ses enfants vient d'être déclaré autiste donc psychologiquement c'est difficile, un de ses autres enfants vient de venir habiter chez nous parce que c'est compliqué avec sa mère donc je ne sais pas ce que ça va donner tout ça.

Aurélie : OK. Merci pour cet entretien et d'avoir répondu à mes questions

# RESUME

**Contexte :** Du fait de la prévalence, des conséquences sur la santé et la qualité de vie, le surpoids et l'obésité sont un problème de santé publique majeur. Le médecin généraliste, par sa position dans le parcours de soin, occupe une place en première ligne dans le dépistage, la prévention, le suivi et la prise en charge de ces patients. Or depuis plusieurs années, face à l'émergence de programmes minceur avec livraison de repas, ces patients semblent s'être détournés du système de soin pour adhérer à ce type de programme.

**Objectif :** Identifier les raisons de l'engouement de ces patients en surpoids ou obèses et en recherche de perte de poids, pour ces programmes minceur avec livraison de repas, rendant le sujet passif en ce qui concerne sa prise en charge, afin d'améliorer les pratiques.

**Méthode :** Étude qualitative par entretiens semi-dirigés de patients adultes obèses ou en surpoids. Retranscription intégrale et analyse du verbatim faisant émerger des catégories significatives.

**Résultats :** Douze entretiens ont été réalisés. Pour les  $\frac{3}{4}$  des sujets interrogés, le choix d'adhérer à un programme minceur avec livraison de repas a été fait après avoir été déçu par de précédentes prises en charge du milieu médical ou paramédical. Ils soulèvent principalement le manque d'écoute, le manque de considération du patient dans sa globalité, des prises en charge jugées policières ou non adaptées à la personne, ou alors simplement le manque d'implication du professionnel laissant le patient à un sentiment de solitude. Pour le dernier  $\frac{1}{4}$ , cette méthode a été choisie devant le sentiment d'un manque de connaissance sur les moyens de perdre du poids. Les éléments principaux rapportés comme ayant entraîné l'adhésion étaient le matraquage publicitaire, une efficacité avérée chez une source considérée comme de confiance, la facilité et l'absence de surcharge mentale en ce qui concerne la préparation des repas, l'absence de tentation. Les patients réclament au milieu médical et paramédical un temps de consultation et d'écoute dédié, la prise en charge de la dimension psychologique souvent absente lors de leurs prises en charge antérieures, une considération du patient dans sa globalité et complexité ainsi qu'une prise en charge au long cours, permanente.

**Conclusion :** Le diagnostic, le dépistage, la prévention du surpoids et de l'obésité restent indispensables en pratique médicale courante. Elle permet au médecin de délivrer une information au patient sur sa santé, les risques de certaines pratiques amaigrissantes, la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire et non uniquement nutritionnelle, et de l'orienter vers des praticiens avec qui il travaille en collaboration et en confiance s'il sent sa compétence dépassée.

**Mots-clés :** Surpoids, obésité, perte de poids, prise en charge, programmes amaigrissants, médecine générale

# ABSTRACT

**Background :** Due to their prevalence, health consequences and impact on quality of life, overweight and obesity are major public health issue. General practitioners, given their position in the healthcare system, play a frontline role in screening prevention, monitoring, and management of these patients. However, in recent years, it appears that these patients have turned away from the healthcare system to join weight loss programs that offer meals delivery.

**Aim :** Identifying the reasons behind the enthusiasm of these overweight or obese patients seeking weight loss for these meal delivery weight loss programs, which make the subject passive in terms of their management, in order to improve practices.

**Method :** Qualitative study using semi-structured interviews with adult overweight or obese patients. Full transcription and analysis of the verbatim to identify meaningful categories.

**Results :** Twelve interviews were conducted. For  $\frac{3}{4}$  of the subjects interviewed, the decision to join a weight loss program with meal delivery was made after being disappointed by previous medical or paramedical interventions. They mainly highlight the lack of listening, lack of consideration for the patient as a whole, interventions that are perceived as authoritarian or not tailored to the individual, or simply the lack of involvement from the professional, which leaves the patient feeling lonely. For the remaining  $\frac{1}{4}$ , this method was chosen due to a perceived lack of knowledge about weight loss methods. The main factors reported as leading to their decision to join were advertising bombardment, proven effectiveness from a trusted source, ease and lack of mental burden regarding meal preparation, and absence of temptation. Patients demand dedicated consultation and listening time from the medical and paramedical field, the inclusion of psychological aspects often absent in their previous interventions, consideration for the patient as a whole and their complexity, as well as long-term and permanent support.

**Conclusion :** The diagnosis, screening, and prevention of overweight and obesity remain essential in routine medical practice. It allows the doctor to provide information to the patient about their health, the risks of certain weight loss practices, the need for multidisciplinary care that goes beyond nutrition alone, and to refer them to practitioners with whom they work collaboratively and trust if they feel their competence is exceeded.

**Keywords :** Overweight, obesity, weight loss, management, weight loss programs with delivery meals, general medicine.

# SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

