

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2013

THESE N°

**QUELLES REPRESENTATIONS LES PATIENTS OBESES
ONT – ILS DE LEUR MALADIE ?**

Étude qualitative en Limousin et dans L'Indre en 2012

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 22 janvier 2013

par

Virginie De Sousa épouse Martin

née le 20 avril 1984 à Brive La Gaillarde

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Mme le Professeur Teissier-Clément Marie Pierre.....Présidente

M le Professeur Desport Jean - Claude.....Juge

Mme le Professeur Dumoitier Nathalie.....Juge

M le Docteur Menard Dominique.....Juge et Directeur De thèse

M le Docteur Nubukpo Philippe.....Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2013

THESE N°

**QUELLES REPRESENTATIONS LES PATIENTS OBESES
ONT -ILS DE LEUR MALADIE ?**

Etude qualitative en Limousin et dans L'Indre en 2012

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 22 janvier 2013

par

VIRGINIE DE SOUSA épouse MARTIN

née le 20 avril 1984 à Brive La Gaillarde

Examineurs de la thèse

Mme le Professeur Marie -Pierre TEISSIER-CLEMENT.....Présidente
Mr le Professeur Jean-Claude DESPORT.....Juge
Mme le Professeur Nathalie Dumoitier.....Juge
Mr le Docteur Dominique Menard.....Juge et Dir. De thèse
Mr le Docteur Philippe Nubukpo.....Membre invité

Le 01.09.2012

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS : Monsieur le Professeur Marc LASKAR
Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (SUR. 31.08.2015)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (CS)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S.)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (CS)	O.R.L.

BONNAUD François (SUR. 31.08.2015)	PNEUMOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (CS)	HEMATOLOGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COGNE Michel (CS)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (SUR. 31.08.2014)	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe (C.S.)	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S.)	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (CS)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (C.S.)	UROLOGIE
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FEISS Pierre (SUR. 31.08.2013)	ANESTHESIOLOGIE- REANIMATION

FEUILLARD Jean (CS)	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent (CS)	CHIRURGIE INFANTILE
FUNALOT Benoît	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain (C.S.)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (CS)	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S.)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian (CS)	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris (CS)	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis (SUR. 31.08.2015) (CS)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE

MONTEIL Jacques (CS)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (C.S.)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique (SUR. 31.08.2013)	CHIRURGIE INFANTILE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie (CS)	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile (CS)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves (C.S.)	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (C.S.)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
SAUTEREAU Denis (CS)	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck (CS)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (CS)	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel (SUR. 31.08.2014)	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE

VERGNENEGRE Alain (CS)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIDAL Elisabeth (C.S.)	MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice (CS)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine (C.S)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse (CS)	PHYSIOLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MOUNIER Marcelle	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE; HYGIENE HOSPITALIERE
PICARD Nicolas	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
-----------------------	----------------

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel	MEDECINE GENERALE
BUISSON Jean-Gabriel	MEDECINE GENERALE
DUMOITIER Nathalie	MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

MENARD Dominique	MEDECINE GENERALE
-------------------------	-------------------

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président du jury

Madame le Professeur Marie-Pierre Teissier - Clément

ENDOCRINOLOGIE DIABETOLOGIE
MALADIES METABOLIQUES
MEDECINE DE LA REPRODUCTION
PROFESSEUR DES UNIVERSITES
PRATICIEN HOSPITALIER

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous reste infiniment reconnaissante de votre disponibilité et de l'intérêt que vous avez accordé à mes travaux.

A nos Maîtres et juges

Monsieur le Professeur Jean-Claude Desport

NUTRITION
PROFESSEUR DES UNIVERSITES
PRATICIEN HOSPITALIER

Je souhaite vous exprimer toute ma reconnaissance pour avoir accepté de juger ce travail.

Monsieur le Docteur Dominique Menard

MAITRE DE CONFERENCE, ASSOCIE A MI TEMPS
MEDECIN GENERALISTE

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail avec bienveillance et je vous en remercie vivement.

Vos conseils, votre accompagnement et votre disponibilité m'ont été précieux.

Je vous prie de trouver dans ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon profond respect.

Madame Le Professeur Nathalie Dumoitier

PROFESSEUR DE MEDECINE GENERALE
MEDECIN GENERALISTE

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous en remercie.
C'est grâce à vous, si ce projet a pu voir le jour . Je vous remercie de
votre confiance, et de votre disponibilité.
Veuillez trouver ici le témoignage de mes remerciements et de mon
respect.

Monsieur Le Docteur Philippe Nubukpo

PSYCHIATRE
PRATICIEN HOSPITALIER

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de
ma reconnaissance et de mon profond respect.

Je poursuis ces remerciements en témoignant ma gratitude à l'ensemble
des personnes qui m'ont aidée dans l'élaboration de ce travail:

- Le Docteur Haulot, Chef de service d' endocrinologie de
Tulle
- Le Docteur Chauveau, Directeur de la Clinique du Manoir
en Berry, à Pouligny Notre Dame.
- Le Docteur Moldovan , Endocrinologue à la Clinique du
Manoir en Berry.
- Aux Patients

Enfin je remercie chaleureusement ma famille et mes amis:

A Papi et Mami,

Comment imaginer ce jour sans votre présence, je vous remercie d'avoir toujours été là pour moi. En souvenir de tous les bons moments passés, des croissants au jambon, aux vacances près de la vigne des Moineaux... A tous les bons moments à venir.

A mes Parents,

Je vous remercie de m'avoir toujours soutenue et de m'avoir toujours poussée à donner le meilleur de moi-même. Je ne serais pas là aujourd'hui à soutenir ma thèse sans vous. « Eye of the Tiger »

A ma Soeur Anaïs, actuellement en 1ère année de Médecine,

Je suis fière de toi et je sais à quel point c'est difficile .

Ce serait une joie que tu prennes la même voie que moi, mais quelque soit l'issue de ce concours, je suis certaine que tu deviendras une femme accomplie.

A mon Mari,

Sylvain, je te remercie de ton soutien. Je te remercie pour ces années passées, tellement merveilleuses et pour toutes celles à venir ! Je t'aime.

A ma Fille,

Mon Agathe, tu as participé également à cette thèse par tes idées insufflées in utero, puis par ton active participation à toutes les étapes, je t'aime.

A mon oncle Joseph pour m'avoir montré la voie...

A ma tante Mireille pour tous ces bons moments passés ensemble...

A mes beaux parents, à Clémentine et Benjamin pour leur soutien et leur gentillesse.

A mes amis, Olivier et Elodie, Lise et David, Mathieu et Astride, Jean Christophe et Marie, Marion et Antoon. A nos soirées arrosées et nos dîners 'presque parfaits'.

GLOSSAIRES DES ABREVIATIONS

ANSES: agence nationale de sécurité sanitaire (alimentaire, environnement, travail)

AFSSAPS: agence française de sécurité sanitaire pour les produits de santé

der: dépense énergétique de repos

HAS: haute autorité de santé

HTA: hypertension artérielle

IMC: indice de masse corporelle

OMS: organisation mondiale de la santé

TT: tour de taille

ZEAT: zone d'étude et d'aménagement du territoire

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

I DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE

1. DEFINITION

2. EPIDEMIOLOGIE

2.1 données Insee 2007

2.2 étude OBEPI 2012

II PHYSIOPATHOLOGIE

1. LES CAUSES

1.1 les anomalies génétiques

1.2 les anomalies du tissu adipeux

1.3 l'excès d'apport énergétique

1.4 les causes psychologiques

1.5 les causes sociétales et environnementales

2. LES CONSEQUENCES

2.1 l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires

2.2 les conséquences rénales

2.3 les conséquences respiratoires

2.4 les conséquences métaboliques

2.5 les conséquences rhumatologiques

2.6 autres conséquences

III LA PRISE EN CHARGE

1. PLAN OBESITE
2. BILAN DE L ' OBESITE
 - 1.1 l'anthropométrie
 - 1.2 l'histoire pondérale
 - 1.3 l'évaluation du bilan énergétique
 - 1.4 l'analyse du comportement alimentaire
 - 1.5 le bilan des comorbidités
3. LE REGIME ALIMENTAIRE
 - 2.1 les principes
 - 2.2 le niveau restrictif
 - 2.3 la stratégie diététique
 - 2.4 les différents types de régimes
 - 2.5 étude comparative concernant 4 régimes
4. LE TRAITEMENT COMPORTEMENTAL
5. L'ACTIVITE PHYSIQUE
6. LES TRAITEMENTS CHIRURGICAUX
7. LES TRAITEMENTS MEDICAUX

IV LES REPRESENTATIONS DE L'OBESITE

1. LES REPRESENTATIONS DANS L'HISTOIRE
 - 1.1 la Préhistoire
 - 1.2 l'Antiquité
 - 1.3 le Moyen âge
 - 1.4 la Renaissance
 - 1.5 le siècle des lumières
 - 1.6 le XIX e siècle
 - 1.7 le XX e siècle
2. LES REPRESENTATIONS SOCIALES DE L'OBESITE

DEUXIEME PARTIE: L'étude

I MATERIEL ET METHODE

1. LES FOCUS GROUPS
2. L'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF
3. LE GUIDE D'ENTRETIEN

- 4. LA POPULATION
- 5. ANIMATION DES FOCUS GROUPS ET DE L' ENTRETIEN SEMI DIRECTIF
- 6. ANALYSE
 - 6.1 le Verbatim
 - 6.2 le codage
 - 6.2.1 le codage descriptif
 - 6.2.2 le codage axial
 - 6.2.3 le codage matriciel

II RESULTATS

- 1. LES ENTRETIENS
 - 1.1 les focus groups
 - 1.2 l'entretien semi directif individuel
- 2. LA RETRANSCRIPTION: LE VERBATIM
- 3. LE CODAGE
 - 3.1 le codage descriptif
 - 3.2 le codage axiale: Quelles représentations les patients obèses ont-ils de leur maladie?
 - 3.2.1 les causes de l'obésité
 - 3.2.2 les conséquences de l'obésité
 - 3.2.3 les intervenants dans la prise en charge
 - 3.2.4 le traitement
 - 3.2.5 le ressenti
 - 3.2.6 le rapport aux autres
 - 3.2.7 la caractérisation de la maladie
 - 3.3 le codage matriciel: les points les plus fréquemment abordés selon les caractéristiques des patients
 - 3.3.1 les causes
 - 3.3.2 les conséquences
 - 3.3.3 les intervenants
 - 3.3.4 le traitement
 - 3.3.5 le ressenti
 - 3.3.6 le rapport aux autres
 - 3.3.7 la caractérisation de la maladie

III DISCUSSION

CONCLUSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

TABLES DES MATIERES

TABLES DES ILLUSTRATIONS

TABLES DES TABLEAUX

TABLES DES ANNEXES

SERMENT D'HIPPOCRATE

RESUME ET ABSTRACT DE L'ETUDE

INTRODUCTION

L'obésité est une pandémie, elle touche 500 millions d'individus dans le monde.(1)

En France, 15 % des adultes sont obèses.(2)

L'obésité est définie par un IMC supérieur à 30, il est clairement établi qu'il s'agit d'une pathologie à morbidité et mortalité importantes.

Mais l'obésité n'a pas toujours été considérée comme une maladie. Jusqu'au moyen âge l'embonpoint est signe de puissance et de réussite sociale. C'est au XV e siècle qu'apparaissent les régimes et progressivement « le gras » devient synonyme de tare.

Dans la société actuelle, les obèses sont montrés du doigt, la norme devenant la minceur, glorifiée par le monde de la mode et proposée dans les recommandations médicales.

Les émissions télévisées traitant d'obésité se multiplient, des personnes obèses sont même mises en scène dans des télé-réalités américaines et certains médecins nutritionnistes sont médiatisés.

L'obésité est une maladie et un phénomène sociale .

Mais que ressentent ces personnes dans une société qui semble les rejeter?

Estiment t'elles que l'obésité est une maladie?

Quelle a été leur prise en charge? Quel est leur rapport à la nourriture?

Comment acceptent elles le regard des autres?

Nous avons essayé de répondre à ces questions dans notre étude.

L'objectif de ce travail est de connaître quelles représentations les patients obèses ont de leur maladie.

Cette thèse de médecine Générale est une thèse de recherche qualitative.

A partir de 3 focus groups réunissant des patients obèses hospitalisés et d'un entretien individuel semi directif d'une patiente obèse suivi en médecine générale, nous avons tenté de mettre en évidence ces représentations.

PREMIERE PARTIE: GENERALITES

I) DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE

1. DEFINITION

Selon l'OMS, l'obésité se définit « comme un excès de masse grasse qui entraîne des conséquences néfastes pour la santé ».

En pratique, on utilise l'indice de masse corporelle (IMC), également appelé BMI (body mass index) ou indice de Quételet.

L'IMC correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m².

Cet indice est utilisé couramment pour estimer la corpulence d'un individu et en particulier son surpoids ou son obésité.

Tableau 1:

Maigreur	Inférieure à 18,5
Normal	Entre 18,5 et 24,9
Surpoids	Entre 25 et 29,9
Obésité modérée	Entre 30 et 34,9
Obésité sévère	Entre 35 et 39,9
Obésité massive	Supérieure à 40

2.EPIDEMIOLOGIE

– En France

2.1 données INSEE 2007⁽³⁾

Un article, « *L'obésité en France: les écarts entre les catégories sociales s'accroissent* », utilisant les résultats de trois enquêtes sur la santé et ses soins médicaux montrent des variations notables du poids et de la taille des français entre 1980 et 2003.

Ces enquêtes réalisées en 1981, 1992 et 2003 ont porté sur plus de 12000 ménages à chaque fois.

De 1981 à 1992, les hommes ont grandi de 2 cm, les femmes de 1cm.

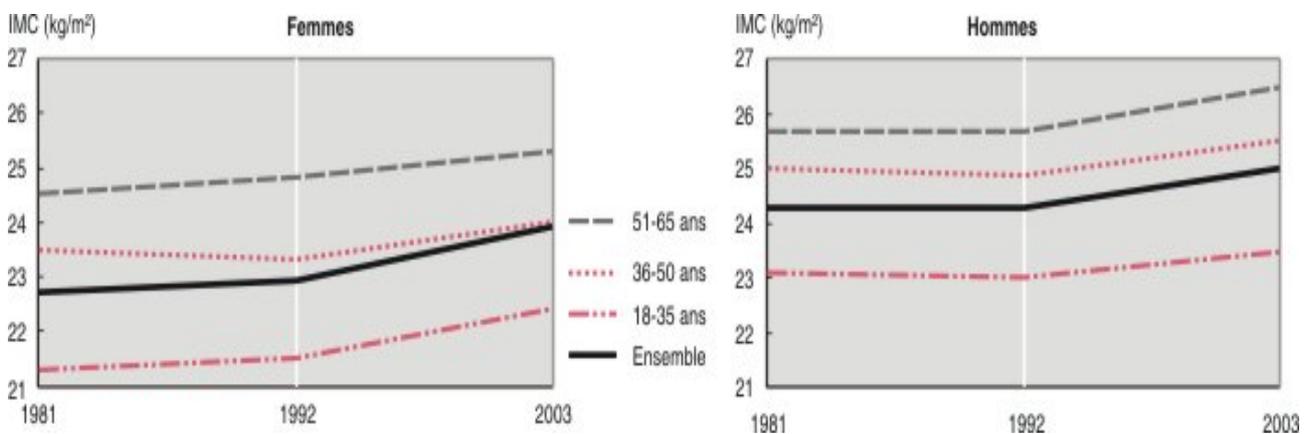
Le poids moyen en 1981 était, pour les hommes de 72 kg, pour les femmes de 59 kg.

En 1992, le poids moyen pour les hommes était de 74 kg, et 60 kg pour les femmes.

En 2003, le poids moyen pour les hommes était de 77kg et 63kg pour les femmes.

L'IMC a nettement augmenté de 1992 à 2003, quelque soit le sexe et l'âge, comme on peut le voir sur le graphique ci-dessous.

Illustration 1 : Indice de masse corporelle moyen selon le sexe et l'âge



Source: INSEE

Comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous, la proportion d'homme en sous poids est resté stable entre 1981 et 2003. Elle s'est réduite très nettement dans la population féminine.

La prévalence de l'obésité et du surpoids a fortement augmenté de 1992 à 2003.

En 2003, il y a 3,6 millions d'adultes obèses de moins de 65 ans.

Le surpoids touche plus les hommes que les femmes.

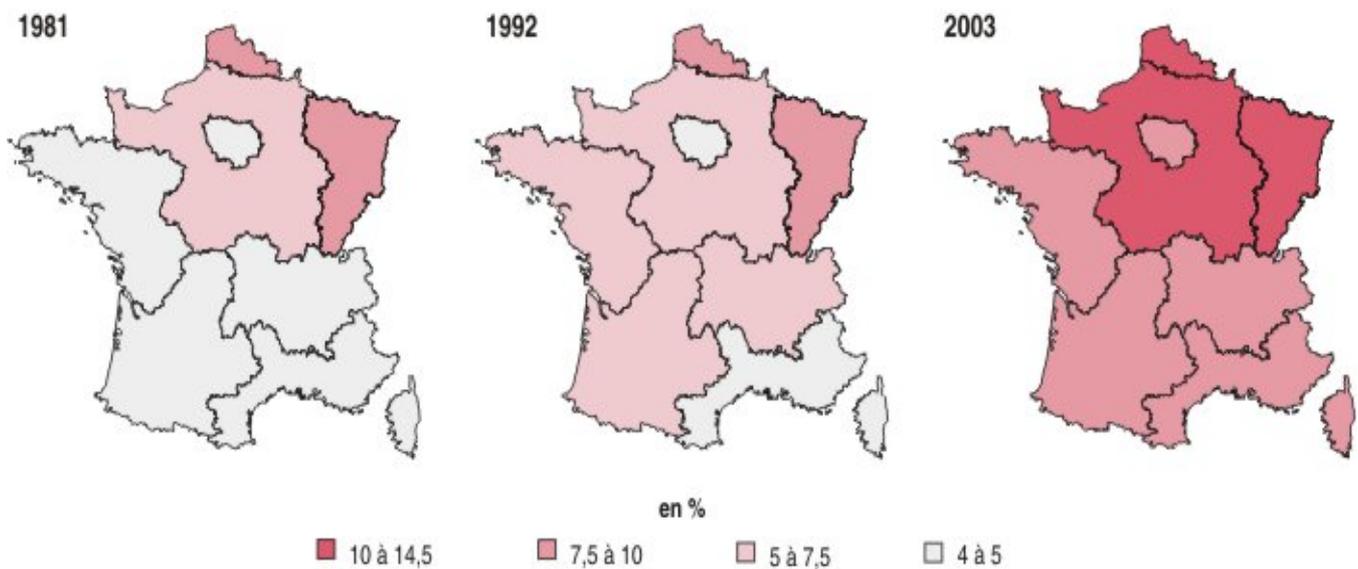
Tableau 2: Prévalence du sous-poids, du surpoids et de l'obésité en fonction du sexe , en 1981, 1992 et 2003

	1981	1992	2003
Hommes			
Sous-poids	1,9	1,7	1,8
Surpoids	30	30,9	34,8
Obésité	5,3	5,5	9,8
Femme			
Sous-poids	8,5	7,8	6,7
Surpoids	16,3	17,9	21,2
Obésité	5,3	6,2	10,2
Champ : individus de 18 à 65 ans, résidant en France métropolitaine. Source : enquêtes Santé, Insee			Les résultats sont exprimés en pourcentage

Il existe des disparités entre les zones géographiques.

Le nombre de personnes obèses a augmenté dans toutes les régions, mais la prévalence de l'obésité est plus élevée dans l'est et dans le nord. La zone méditerranéenne a la prévalence la plus faible.

Illustration 2: Carte représentant la prévalence de l'obésité par zones géographiques (ZEAT):



Champ : individus de 18 à 65 ans, résidant en France métropolitaine.

Source : enquêtes Santé, Insee

Il existe également des disparités selon l'âge, le niveau de vie du ménage, le niveau de diplôme, selon le type de commune.

Les personnes vivant en milieu rural sont plus corpulentes que celles vivant en milieu urbain.

En ce qui concerne les disparités entre catégories socioprofessionnelles, les agriculteurs sont les plus touchés. Les cadres et les professions

intellectuelles supérieures sont les moins touchés, comme on peut le voir sur le graphique ci dessous.

En 2003, 15 % des individus sans diplôme ou ayant au plus le brevet des collèges , sont obèses, contre 5 % pour les individus ayant des diplômes d'études supérieures.

Il existe des différences en fonction du niveau de vie:

La prévalence de l'obésité augmente dans les 1er et dernier quartiles entre 1981 et 1992, tandis que les quartiles intermédiaires sont stables.

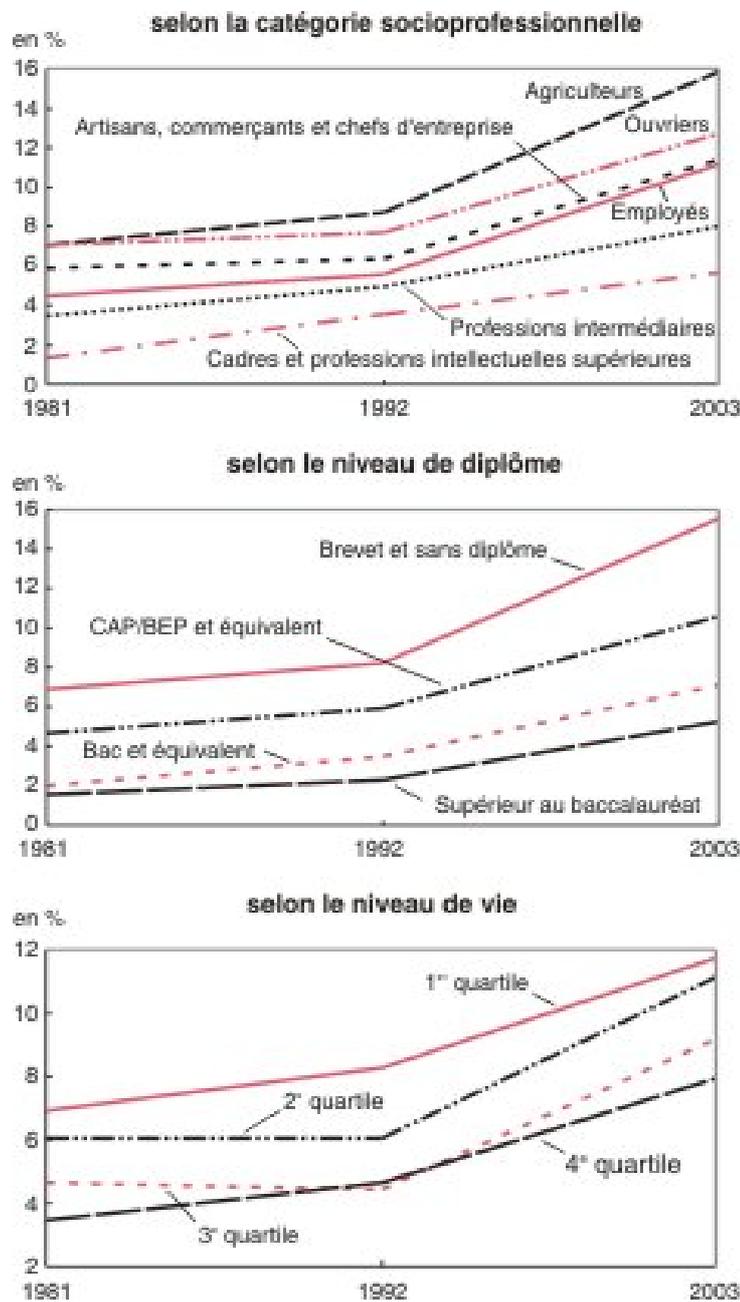
En 2003, il y a une nette sur-représentation des obèses chez les ménages les plus pauvres (1er quartile).

La prévalence de l'obésité était de 10% chez les hommes et 13% chez les femmes dans les ménages les plus modestes. Elle était de 9% chez les hommes et 6% chez les femmes dans les ménages les plus aisés (dernier quartile).

La différence concerne la population féminine.

Plus le niveau de vie d'une femme est faible, plus elle est corpulente.

Illustration 3: Prévalence de l'obésité selon le milieu socio-professionnel, le niveau de diplôme et le niveau de vie



Champ : individus actifs de 18 à 65 ans, résidant en France métropolitaine.

Source : enquêtes Santé, Insee.

2.2 Etude Obépi Roche 2012

Cette étude a été réalisée de janvier à mars 2012.

Elle avait comme objectif, entre autres, d'évaluer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les adultes de plus de 18 ans en 2012, et d'observer l'évolution de cette prévalence entre 1997, 2000, 2003, 2006, 2009 et 2012.

En 2012, 32,3 % des français adultes de plus de 18 ans sont en surpoids et 15 % sont obèses.

Par rapport à 2009, la prévalence a augmenté mais la progression a ralenti.

Cette prévalence a augmenté de 5,9 % par an en 12 ans, de 1997 à 2009.

La prévalence de l'obésité est plus élevée chez les femmes (15,7 % versus 14,3 %, $p < 0,01$, selon l'étude Obépi 2012).

La prévalence de l'obésité augmente avec l'âge quelque soit le sexe.

Chez l'homme, après 45 ans, elle est supérieure à 15 %, en 2009.

Il existe une augmentation de la prévalence de l'obésité dans toutes les catégories socioprofessionnelles, mais de manière variable. La prévalence de l'obésité est inversement proportionnelle au niveau d'instruction.

La prévalence augmente quelque soit la catégorie d'agglomération et devient en 2009 inversement proportionnelle à la taille de l'agglomération.

Depuis 1997, le poids des français a augmenté de 3,6 kg en 15 ans, la taille a augmenté de 0,7cm.

Tableaux 3: IMC moyen et le tour de taille moyen de 1997 à 2012:

Année	IMC en Kg/m ²
1997	24,3
2000	24,6
2003	24,9
2006	25
2009	25,3
2012	25,4

Année	Tour de taille en cm
1997	85,2
2000	86,9
2003	87,9
2006	88,8
2009	89,9
2012	90,5

– En Limousin

Selon l'enquête Obépi 2009, la prévalence de l'obésité en Limousin était de 13,8%, chez les plus de 18 ans. Au niveau national, elle était de 14,5%.

Le Limousin se plaçait au 14ème rang des régions de la métropole, en 2009.

En 2012, la prévalence de l'obésité en limousin est de 17,8%, ce qui place la région au 6ème rang.

– Dans le monde

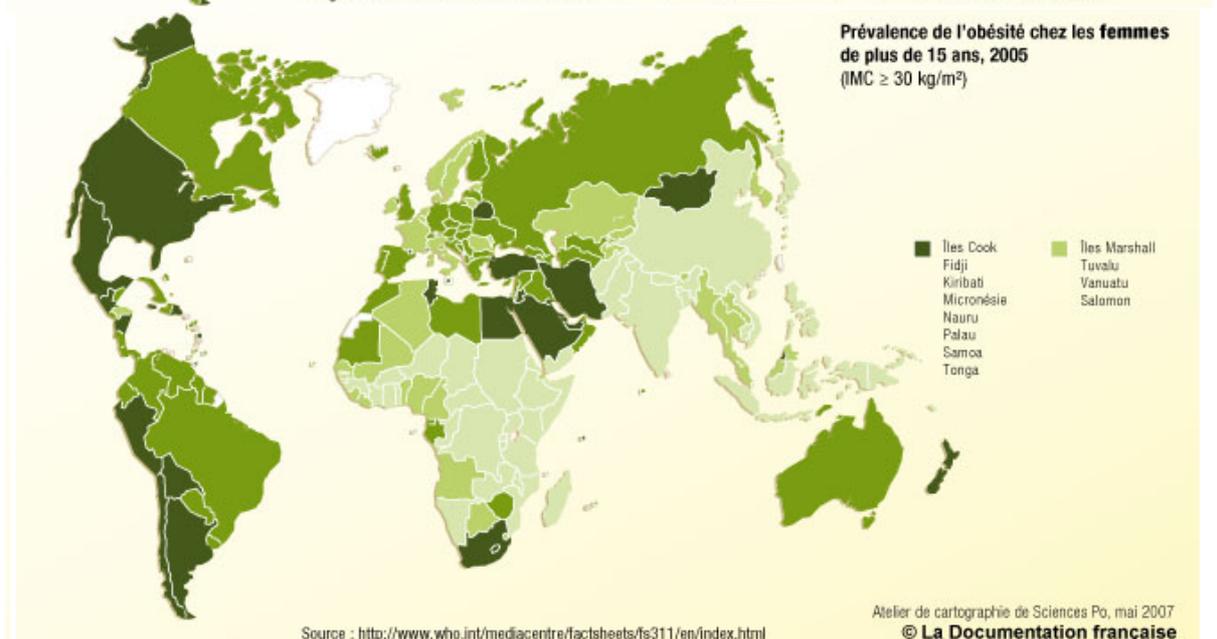
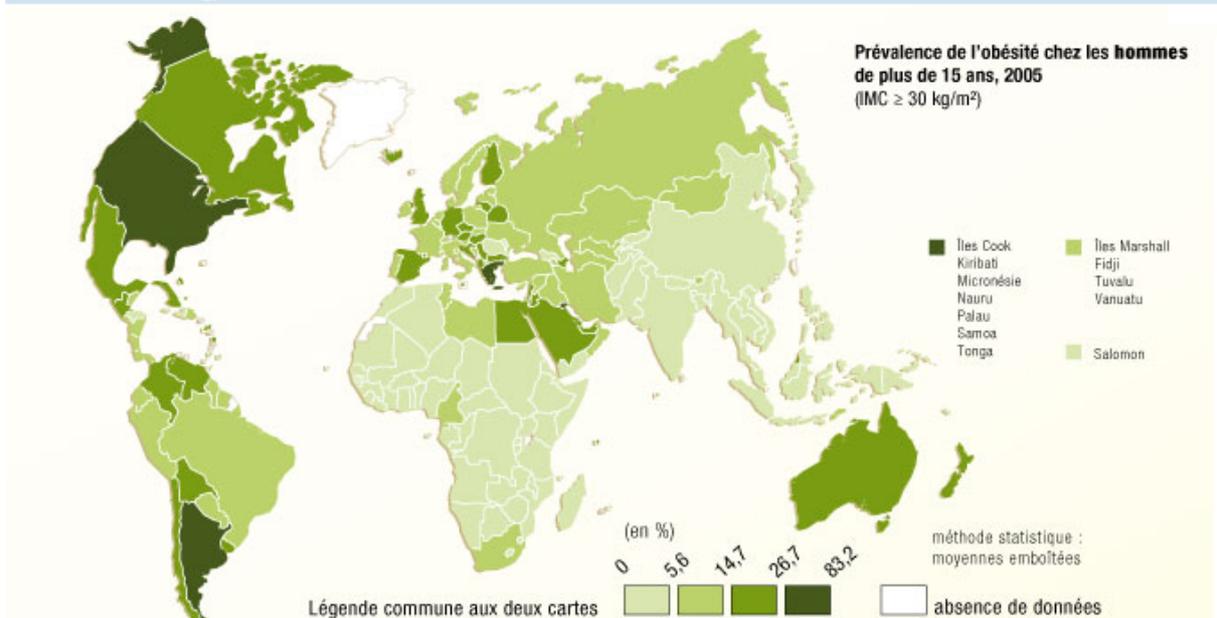
D'après les estimations mondiales de l'OMS pour 2008 (1):

1,5 milliards de personnes de plus de 20 ans étaient en surpoids , dont 200 millions d'hommes et 300 millions de femmes obèses.

65% de la population mondiale habite dans des pays où le surpoids et l'obésité tuent plus de personnes que l'insuffisance pondérale.

Aux Etats Unis, 31 % des adultes sont obèses, 65 % en surpoids . (4)

Illustration 4: les 3 cartes ci-dessous confirment que l'obésité est un phénomène mondial.



obésité dans le monde en 2005

Source: La Documentation Photographique n° 8059

II PHYSIOPATHOLOGIE

1. LES CAUSES

1.1 les anomalies génétiques (5)

Des études ont permis d'identifier des anomalies génétiques dans la survenue de l'obésité. On a pu différencier l'obésité monogénique ou syndromique de l'obésité oligogénique et polygénique.

L'obésité monogénique ou syndromique s'inscrit dans le cadre des maladies génétiques rares.

On doit l'évoquer lorsque le développement est très précoce, très sévère, associé à des troubles du comportement alimentaire, des anomalies endocriniennes ou s'inscrivant dans un terrain de consanguinité.

L'obésité est souvent accompagnée, dans ces syndromes, d'un retard mental, de troubles du comportement, d'un déficit neurologique, d'une dysmorphie ou encore d'anomalies de développement.

Par exemple, le plus fréquent, le syndrome de Prader Willi qui se caractérise par:

- une obésité précoce abdominale sévère
- un retard mental
- une petite taille
- un hypogonadisme
- une hypotonie néonatale

L'obésité oligogénique est due à la mutation d'un gène important ne s'exprimant qu'en interaction avec des facteurs environnementaux délétères.

Par exemple la mutation du gène qui code pour MC4R, qui est un récepteur intervenant dans le contrôle de l'homéostasie pondérale.

La fréquence estimée de cette mutation hétérozygote est 0,5 à 2 % dans les obésités modérées et plus de 4% dans les obésités sévères.

Les porteurs ne sont pas tous obèses, l'interaction avec des facteurs environnementaux délétères est nécessaire pour que la maladie apparaisse.

L'obésité polygénique, encore appelée obésité commune, est la plus fréquente.

Elle résulte de l'interaction de plusieurs variants géniques à effet faible, combinés entre eux et avec un environnement à risque.

Par exemple, les gènes intervenant dans le contrôle alimentaire et la balance énergétique (la leptine et son récepteur), ou encore les gènes impliqués dans la répartition du tissu adipeux.

Plus d'une centaine de gènes a été étudiée.⁽⁵⁾⁽⁶⁾

1.2 les anomalies du tissu adipeux⁽⁶⁾

L'obésité se caractérise par un excès de masse grasse.

Cet excès résulte d'une hypertrophie (augmentation de la taille) et d'une hyperplasie (augmentation du nombre) des adipocytes.

Lors d'un apport lipidique accru et prolongé, l'accumulation de lipides dans l'adipocyte, ne pouvant excéder un certain volume (hypertrophie), provoque le recrutement de nouveaux adipocytes (hyperplasie). En fait, lorsque le volume adipocytaire devient trop important, les acides gras activent certains facteurs de transcription qui régulent la différenciation adipocytaire.

Seulement cette hyperplasie est irréversible.

Si le nombre d'adipocytes est élevé, suite à une prise de poids, il est très difficile d'abaisser le volume de masse grasse en dessous d'un certain seuil, lors d'une perte pondérale.

Le nombre d'adipocytes détermine le niveau minimum de masse grasse.

De plus la répartition du tissu adipeux est importante.

Il existe 2 types d'obésité, l'une gynoïde, l'autre androïde.

L'obésité androïde, témoin d'une accumulation viscérale de graisse, est un facteur de risque cardiovasculaire.

La répartition est appréciée par le rapport des circonférences mesurées au niveau de la taille et des hanches.

Le tour de hanche est mesuré au niveau des trochanters.

Le tour de taille est mesuré à mi distance entre la crête iliaque et le bord inférieur du gril costal.

La limite maximum pour les hommes est de 90-95cm et pour les femmes de 80cm.

Le seuil prédictif d'évènement pathologique pour le rapport taille / hanche a été évalué, chez le sujet d'âge moyen, à 1 chez l'homme, et 0,8 chez la femme.

L'adiposité viscérale est associée à une résistance à l'insuline, et est fréquemment accompagnée de dyslipidémie et d'HTA. (6)

1.3 L'excès d'apport énergétique

Le niveau d'apport entraînant un bilan positif est variable d'un individu à l'autre.

L'augmentation des apports alimentaires peut résulter de plusieurs déterminants:

- les stimuli sensoriels
- la disponibilité des aliments
- les circonstances extérieures
- les habitudes familiales, culturelles, professionnelles

On distingue la prise alimentaire prandiale, de l'extra-prandiale pouvant être due à l'impulsivité alimentaire .

L'impulsivité alimentaire peut résulter de troubles de l'humeur, de prise médicamenteuse, de variations hormonales, de lésions organiques de l'hypothalamus, de régimes répétés.

De plus des facteurs externes, comme l'augmentation de la taille des portions, de la densité calorique des aliments et des boissons, l'influence croissante des stimuli alimentaires, favorisent l'excès d'apport.

Enfin la qualité de l'apport est importante: les acides gras saturés et mono insaturés induisent d'avantage une prise de poids que les poly insaturés.(6) (7)

1.4 les causes psychologiques

Des désordres psychologiques peuvent être à l'origine de l'obésité par le biais de trouble du comportement alimentaire, par exemple l'anxiété, ou la dépression.

Les conséquences psychologiques de l'obésité peuvent être un facteur d'aggravation de l'obésité. (7)

1.5 les causes sociétales et environnementales

Il existe une relation inverse entre le niveau de formation, de revenus et la prévalence de l'obésité.

Les environnements nutritionnel, familial, social, s'associent aux évolutions économiques et aux modes de vie pour favoriser l'obésité.

Dans le cas des pays riches, nous ne sommes pas dans une économie de subsistance mais de production intensive.

Différents problèmes coexistent:

Des problèmes de production: la disponibilité alimentaire moyenne aux USA est estimée à 3800 Kcal/J/personnes, ce qui dépasse les besoins.

Des problèmes de transformation: pour réduire les coûts, et augmenter la conservation, on augmente la densité calorique.

Des problèmes de distribution: on augmente la disponibilité et l'accessibilité.

Des problèmes d'acquisition: plus de la moitié des calories consommées, le sont, hors habitation.

Des problèmes de préparation: on se limite de plus en plus à rajouter des calories.

Cette évolution du système a aussi des avantages: elle a permis de diminuer la dénutrition, et de libérer du temps, mais a favorisé l'apparition de la malnutrition moderne.

Se pose alors la question de l'adaptation aux évolutions des modes de vie.

Nos ancêtres se sont adaptés aux famines et aux catastrophes, nous devons nous adapter à l'abondance de nourriture.

Par ailleurs, notre environnement a également provoqué la réduction globale de la dépense énergétique; par le biais de l'évolution de l'habillement, du chauffage, des moyens de transport, et du travail manuel.

Il y a cependant une augmentation du temps de loisirs, mais la consommation passive prédomine du fait de l'urbanisation. Par exemple: automobiles et télévisions. (8)

2. LES CONSEQUENCES (7)

2.1 l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires (9)

Les conséquences de l'obésité sont multiples .

L'obésité augmente notamment le risque d'HTA (hypertension artérielle), de diabète et de dyslipidémie. Ces facteurs de risque associés entre eux, augmentent considérablement les risques cardiovasculaires.

On peut évoquer ici le syndrome métabolique, l'HAS (Haute Autorité de Santé) en donne cette définition en 2005:

3 facteurs de risque parmi:

- Tour de taille:
 - homme > 102 cm
 - femme > 88 cm
- Triglycérides $\geq 1,5$ g/l
- HDL-cholestérol
 - homme < 0,4 g/l
 - femme < 0,5 g/l
- Pression artérielle $\geq 130/ \geq 85$ mmHg
- Glycémie à jeun $\geq 1,10$ g/l

Le syndrome métabolique, associé à l'HTA, multiplie par 6 la mortalité cardiovasculaire, par 3 les coronaropathies, et par 4 le risque de développer un diabète. (9)

L'obésité augmente également le risque de thrombose veineuse profonde.

L'hyperpression veineuse favorise la stase et l'altération capillaire, qui se traduit par un oedème.

On peut voir également apparaître une insuffisance cardiaque gauche, secondaire à l'insuffisance coronarienne et l'HTA, et une insuffisance cardiaque droite secondaire à des anomalies respiratoires ou à la pathologie thrombo-embolique. (9)

2.2 les conséquences rénales (10)

L'obésité peut induire diabète et HTA, qui représentent 2/3 des causes de l'IRC (insuffisance rénale chronique) aux USA, la moitié en France. Elle entraîne également une atteinte glomérulaire.

2.3 les conséquences respiratoires (7)

L'obésité peut entraîner un syndrome d'hypoventilation alvéolaire.

Elle peut entraîner également le Syndrome d'apnée du sommeil: sa prévalence est supérieure à 40 % dans l'obésité massive.

Ce syndrome peut être responsable d'HTA, d'hypertension artérielle pulmonaire, de trouble du rythme cardiaque, de mort subite, ainsi que d'accident par abaissement de la vigilance.

Son diagnostic repose sur l'enregistrement polysomnographique.

L'obésité peut générer une hypertension artérielle pulmonaire.

2.4 les conséquences métaboliques (7)

Le gain de poids à l'âge adulte, l'adiposité abdominale, la durée de l'obésité, l'âge et les antécédents familiaux de diabète de type 2 sont des facteurs de risque de diabète de type 2.

On rencontre des anomalies lipidiques: hypertriglicéridémie, et diminution du HDL cholestérol.

2.5 les conséquences rhumatologiques (7)

L'obésité est la première cause de gonarthrose chez la femme, la deuxième chez l'homme (après les traumatismes)

Elle peut entraîner une nécrose ischémique de la tête fémorale, des troubles statiques vertébraux, des dorsalgies, des lombalgies, et des sciatalgies.

2.6 Autres conséquences (7)

Chez l'homme, le risque de cancer colorectal et de la prostate est augmenté.

Chez la femme, le risque de cancer des voies biliaires, de l'endomètre, du col de l'utérus, des ovaires et du sein après ménopause est augmenté.

L'obésité est également une cause de stéatose hépatique, et de reflux gastro-oesophagien.

Le risque opératoire et anesthésique est plus important.

III) LA PRISE EN CHARGE

Selon l'OMS, la prise en charge de l'obésité a 4 objectifs: la prévention de la prise de poids, la stabilisation pondérale, le traitement des comorbidités et la perte de poids.

La prise en charge de l'obésité doit être basée sur une approche multidisciplinaire.

Une perte de poids de 5 à 15 % et son maintien entraînent un bénéfice pour la santé et préviennent la survenue de complication.

La prise en charge s'appuie sur plusieurs méthodes: les régimes alimentaires, le traitement psycho-comportemental, l'activité physique, le traitement pharmacologique et même parfois le traitement chirurgical.

1. PLAN OBESITE 2010 – 2013

Il s'agit d'un plan d'actions et de prévention mis en place par le Ministère des affaires sociales et de la santé.

Il s'agit d'un plan d'action sur 3 ans.

Les propositions portent sur la recherche, la prévention et l'organisation des soins.

Le plan a 4 axes prioritaires: (11)

1. l'amélioration de l'offre de soins et la promotion du dépistage chez l'enfant et l'adulte.
2. mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique.
3. prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre la discrimination.
4. investir dans la recherche.

2. BILAN DE L ' OBESITE

2.1 l'anthropométrie

Comme nous l'avons vu, l'IMC, indice de masse corporelle, est utilisé.

L'OMS définit le surpoids comme un IMC égal ou supérieur à 25 kg/m² et l'obésité comme un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m².

On distingue:

l'obésité modérée : $30 \leq \text{IMC} \leq 34,9 \text{ kg/m}^2$

l'obésité sévère : $35 \leq \text{IMC} \leq 39,9 \text{ kg/m}^2$

l'obésité morbide : $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$.

Cet indice ne tient pas compte de la musculature ni de la présence d'œdème. (12)

Le tour de taille est utile pour évaluer le caractère androïde de l'obésité, corrélé à l'augmentation du risque cardiovasculaire.

Il permet d'estimer l'adiposité abdominale, associée à des complications métaboliques et vasculaires.

Ce risque de complications métaboliques est sensiblement augmenté pour un tour de taille $\geq 102 \text{ cm}$ chez l'homme et $\geq 88 \text{ cm}$ chez la femme.

2.2 l'histoire pondérale

Il faut interroger le patient pour connaître le nombre de régime effectué, la prise de médicament, les événements de vie, les épisodes de stress, les grossesses et l'activité physique.

Il faut également rechercher une situation sociale difficile.

2.3 l'évaluation du bilan énergétique

Il faut évaluer les apports énergétiques.

D'un point de vue quantitatif, en faisant noter au patient ce qu'il mange et boit ,et également qualitativement en évaluant les habitudes alimentaires.

Il s'agit de faire préciser le choix des aliments, la quantité, le mode de cuisson, l'assaisonnement et la taille des portions. Il convient également de mettre en évidence les apports extra-prandiaux, dans le soucis de dépister des désordres du comportement alimentaire. (12)

Il faut évaluer les dépenses énergétiques.

Elles sont calculées en tenant compte de la dépense énergétique de repos (DER) et du niveau habituel d'activité physique.

La dépense énergétique est d'autant plus élevée que le sujet est corpulent, musclé et actif.

Il s'agit de repérer les comportements sédentaires.

Tableau 4:

Évaluation de la dépense énergétique de repos (kcal/j) en fonction du sexe, de l'âge et du poids (kg) d'après l'OMS:

âge	homme	femme
10-18 ans	17,5 poids + 651	12,2 poids + 746
18-30 ans	15,3 poids + 679	14,7 poids + 496
30-60 ans	11,6 poids + 879	8,7 poids + 829
> 60 ans	13,5 poids + 487	10,5 poids + 596

Tableau 5:

Évaluation des dépenses énergétiques: La dépense énergétique des 24h est calculée en multipliant la valeur de la dépense énergétique de repos (DER) par un facteur dépendant de l'activité physique et du sexe (12).

NAP (Niveau d'activité physique)	Homme	Femme
Léger	1,55	1,56
Modéré	1,78	1,64
Intense	2,1	1,82

2.4 l'analyse du comportement alimentaire

La restriction cognitive et la sous estimation des apports alimentaires:

Une restriction alimentaire chronique favorise la compulsion alimentaire réactionnelle. Le risque est la perte des sensations de faim, de satiété.

L'externalité:

C'est le fait d'être sensible aux stimuli extérieurs comme les odeurs, l'apparence d'un produit et sa disponibilité et de confondre ces stimuli avec la sensation de faim.

L'alimentation émotionnelle:

La prise alimentaire peut être favorisée par l'anxiété, la dépression et le stress.

2.5 le bilan des co-morbidités

On doit rechercher toutes les complications de l'obésité (cf partie II).

3. LE REGIME ALIMENTAIRE

3.1 les principes

La perte de poids est fonction de la réduction calorique.

Le régime doit être accepté par le patient.

Les 2 phases thérapeutiques sont la phase de réduction pondérale et la phase de stabilisation. (13)

La phase de réduction pondérale:

L'objectif est d'obtenir un bilan énergétique négatif, soit en diminuant les apports, soit en augmentant les dépenses énergétiques.

Une perte de poids de 5 à 10 % peut-être envisagée, soit 1 à 4 kg par mois.

1kg de tissu adipeux correspond à 7880 Kcal, il faut donc créer un déficit de 500 kcal par jour pour diminuer le poids de 2 kg par mois.

Seulement les dépenses énergétiques diminuent de 20 à 25 kcal par Kg perdu et par jour du fait de la perte de masse maigre qui accompagne la perte de poids.

Le déficit entre les apports et les dépenses énergétiques est difficile à maintenir, la courbe de poids tend à atteindre un plateau, quelque soit le régime choisi.

La phase de stabilisation:

Le bilan énergétique est équilibré.

C'est la phase la plus difficile: le poids à atteindre est un compromis entre un poids acceptable et un degré de frustration acceptable.

Plus la perte de poids est importante, plus l'effort de restriction sera important pendant la phase de stabilisation.

Le régime doit être associé à 3 mesures:

- pratiquer une activité physique
- contrôler la densité calorique de l'alimentation et des boissons
- se peser régulièrement

Les 2 phases peuvent s'alterner avec une stratégie en marches d'escalier (qui descendent!). (13)

3.2 le niveau restrictif

Il faut définir le niveau restrictif, il en existe 3 selon l'«association française d'études et de recherches sur l'obésité».

- peu restrictif personnalisé:

Ces régimes favorisent l'observance au long cours.

- les régimes à bas niveau calorique (800 à 1500 Kcal/jour).

Ils sont plus difficile à suivre, exposent à des carences, et ne doivent pas dépasser quelques semaines.

- les régimes à très basse valeur calorique (inférieure à 800Kcal / jour).

Ils sont très efficaces (4 à 8 kg par mois), mais les rechutes sont très fréquentes.

Les recommandations françaises indiquent que ce type de régime doit être réalisé sous contrôle médical strict et ne doivent pas dépasser 4 semaines.

La perte de masse maigre peut être très importante.

3.3 la stratégie diététique

Les apports énergétiques totaux doivent être répartis: entre les glucides (50 %), les lipides (30 %) et les protides (20 %).

L'apport protéique doit être au moins de 0,8 g / kg / jour.

Des conseils de bon sens doivent être dispensés aux patients:

- 1) limiter la consommation des aliments à forte densité énergétique, riches en lipides ou en sucres simples.
- 2) choisir des aliments de faible densité énergétique (fruits, légumes).
- 3) boire de l'eau; limiter les boissons sucrées ou alcoolisées.
- 4) contrôler la taille des portions.
- 5) diversifier les choix alimentaires en mangeant de tout.
- 6) ne pas manger debout mais s'asseoir bien installé à une table.
- 7) ne pas sauter de repas pour éviter les grignotages extra-prandiaux favorisés par la faim. (13)

3.4 les différents types de régimes

Le régime équilibré modérément hypocalorique:

Il s'agit de proposer une alimentation avec la répartition glucide/lipide/protéine décrite et de diminuer de 15 à 30 % les apports (soit environ de 500 à 600 Kcal/j).

Ce régime tient compte des habitudes alimentaires et des préférences du patient.

Le régime hypolipidique:

Il consiste à limiter la consommation des aliments gras.

Les apports lipidiques doivent passer de 30 à 10 % des apports énergétiques totaux.

Ce régime est très difficile à tenir. Il est inefficace s'il n'est pas associé à une réduction calorique.

Le régime hyperprotidique:

Les protéines augmentent la sensation de satiété, la thermogénèse post-prandiale et préservent la masse maigre.

Il est cependant difficile de favoriser la consommation protéique sans augmenter la ration lipidique.

Le régime hypoglucidique:

Il s'agit de consommer moins d'aliments riches en glucides (pain, féculents, légumineux).

Plusieurs travaux ont montré que ce régime apportait un meilleur contrôle de l'hypertriglicéridémie, de l'hypoHDLémie et de la glycémie.

Cependant il est très difficile à suivre.

Le régime méditerranéen:

Sa particularité est de favoriser les acides gras mono-insaturés.

Les substitues de repas:

Ils sont sous forme de barre ou boisson, destinées à remplacer un repas.

Le No dieting:

Il part du principe que tous les régimes sont dangereux.

Les défenseurs de ce régime proposent d'autres solutions apparentées aux thérapies cognitivo-comportementales.

Il s'agit d'éviter toutes restrictions, de reconnaître les signaux internes de la faim et de la satiété et de s'accepter tel que l'on est. (13)

3.5 étude comparative concernant 4 régimes. (15)

Il s'agissait d'un essai randomisé résumé dans la revue « ACC CURRENT JOURNAL REVIEW » concernant 160 adultes de 22 à 72 ans obèses ou en surpoids, comparant 4 régimes:

- le régime **ATKINS** (hypoglucidique)
- le regime **ZONE** (équilibre macronutritif)
- le régime **WEIGHT WATCHERS** (hypocalorique)

- le régime **ORNISH** (hypolipidique)

40 patients par groupe ont suivi les régimes pendant 2 mois. La perte de poids à 1an a été de 4,8 kg, 6 kg, 4,9 kg et 7,3 kg respectivement.

4. LE TRAITEMENT COMPORTEMENTAL

Il permet une auto observation du comportement alimentaire et d'appréhender au mieux les éventuelles rechutes.

Utilisé seule, la perte de poids est modeste, mais associé à un régime alimentaire, il facilite la perte de poids.

Il s'agit de définir les problèmes clés sur lesquels on peut agir. Par exemple, les troubles du comportement alimentaire où la restriction cognitive a abouti à des compulsions incontrôlables.

La conduite à tenir est spécifique à chaque patient.

Les techniques thérapeutiques sont variées : le carnet alimentaire, l'usage de consignes de contrôle de stimulus, les techniques d'exposition ou de l'affirmation de soi. (14)

Le carnet alimentaire:

Le patient doit noter non seulement ce qu'il a mangé, ce qu'il a envie de manger mais également les évènements et l'état d'esprit dans lequel il se trouvait.

La tenue de ce carnet permet de prendre conscience de la qualité et de la quantité des aliments et des circonstances, de l'état émotionnel qui a pu conduire à la prise alimentaire.

La thérapie comportementale et cognitive est surtout un travail sur les troubles du comportement alimentaire.

Le patient est souvent pris dans un cercle vicieux, dont le point de départ est souvent la mauvaise estime de soi. (16)

Elle conduit l'individu à se focaliser exagérément sur son poids. Celui ci entreprend alors des régimes restrictifs qui créent une frustration conduisant à des compulsions alimentaires.

Le fait de « craquer », de ne pas respecter son régime diminue encore l'estime de soi.

La thérapie consiste alors à élaborer des techniques de contrôle du stimulus.

Il faut déterminer les éléments déclencheurs et imaginer des techniques pour les éviter.

L'objectif est de diminuer les moments de perte de contrôle en limitant la prise alimentaire à des lieux et des moments précis.

Chaque semaine, le patient ajoute une consigne. Le programme est personnalisé.

Par exemple, il doit manger assis avec des couverts et une assiette, lentement, il doit réduire la consommation de chaque aliment sans supprimer ses aliments préférés, et prévoir un moment de détente avant la prise alimentaire.

Il peut s'agir également d'un travail sur la restriction cognitive.

Le patient doit réintroduire en petite quantité, les aliments qu'il considère comme interdits. On lui demande alors de déguster lentement et de faire attention au goût des aliments.

Il doit noter son ressenti au moment de la prise. L'objectif est de repérer le moment où la nourriture apporte moins de plaisir, ce qui indique que le sujet est rassasié.

La thérapie comportementale et cognitive, en tant que méthode amaigrissante a montré ses limites. Néanmoins elle permet une analyse fonctionnelle des troubles du comportement alimentaire, qui aide le patient à se sentir mieux.

5. L'ACTIVITE PHYSIQUE

Elle favorise la perte de poids, la perte du tissu adipeux abdominal et viscéral.

Elle permet de préserver la masse maigre et de limiter la reprise pondérale.

L'activité physique est bénéfique dans la régulation de la pression artérielle, l'équilibre lipidique et glucidique.

Il s'agit de pratiquer 3 séances par semaines de 45 à 60 minutes. (23)

6. LES TRAITEMENTS ENDOSCOPIQUES ET CHIRURGICAUX

1) la méthode endoscopique:

Un ballon intragastrique est introduit par voie orale, sous contrôle endoscopique ou scopique dans le fundus, sous anesthésie générale. (17)

2) la méthode chirurgicale:

Les méthodes de chirurgie bariatrique sont multiples, il en existe 2 principaux types: par malabsorption et par restriction gastrique.

7. LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

Un communiqué de l'afssaps en 2009 fait le point sur la prise en charge pharmacologique de l'obésité.

En outre, il met en garde les patients contre les commandes de médicaments par internet. (20)

Le traitement médicamenteux doit être envisagé en cas de réponse non satisfaisante aux régimes restrictifs, à l'activité physique et aux changements de comportement alimentaire.

Depuis les années 90, l'arsenal thérapeutique a diminué du fait d'une iatrogénicité importante.

- Les médicaments à action sur le système nerveux central

En France, seule la sibutramine disposait d'autorisation de mise sur le marché (AMM) mais elle a été suspendue en 2010.

Elle était indiquée chez des patients ayant des difficultés à atteindre une perte de poids supérieure à 5 % en 3 mois.

La durée du traitement ne devait pas dépasser 1 an.

Des effets indésirables sur la pression sanguine et le rythme cardiaque ont été observés réservant la prescription aux spécialistes. (22)

Les anorexigènes sérotoninergiques (defenfluramine et fenfluramine) ne sont plus commercialisés depuis 1997.

Ils comportaient un risque d'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) et d'atteinte des valves cardiaques.

Les anorexigènes amphétaminiques sont interdits en France depuis 1999, en raison du risque d'HTAP, d'effets indésirables cardiovasculaires et de dépendance.

Le Rimonabant dont l'AMM a été abrogée en 2009 pouvait induire des troubles dépressifs. (19)

- Les médicaments à action périphérique

L'orlistat (ALLI° ou XENICAL°) limite l'absorption des graisses alimentaires dans l'intestin (30 %) en inhibant les enzymes gastro-intestinales, les lipases.

Il est recommandé de suivre un régime pauvre en graisse pour limiter les effets indésirables tels que les flatulences avec ou sans selles huileuses, les besoins impérieux voire les incontinences de selles. (18)

ALLI° 60 mg, a l' AMM depuis 2009, sans prescription médicale, indiqué associé à un régime hypocalorique, pauvre en graisse dans le traitement du surpoids (IMC supérieure à 28) chez l'adulte pendant une durée maximale de 6 mois. (23)

- Autres modes d'action

Il s'agit de médicaments dont l'efficacité n'a pas fait l'objet d'études réalisées selon les standards actuels.

Par exemple , les mucilages qui confèrent une sensation de satiété en gonflant dans l'estomac.

Il existe des médicaments de phytothérapie, comme le fucus ou le thé vert, des médicaments homéopathiques ou encore des éléments minéraux.

IV LES REPRESENTATIONS DE L'OBESITE

1. LES REPRESENTATIONS DANS L'HISTOIRE

1.1 La préhistoire

L'image de l'apparence physique est liée à la disponibilité de la nourriture.

Les images de femme montrent des corps gras, symboles de fécondité et d'une nourriture abondante. (24)



Illustration 5:

Statuette datant du paléolithique (30000 – 20000 avant J C), période de chasseurs, cueilleurs, nomades, proche des grandes glaciations .

1.2 L'antiquité

Les rondeurs étaient appréciées, signes de richesse pour les hommes et de beauté pour les femmes.

C'était le signe d'une alimentation suffisante et d'une appartenance à une classe sociale élevée.

Cependant on dispensait des conseils pour maigrir à ceux dont on estimait l'embonpoint trop important. (le mot obésité n'existait pas). (26)

Pour les périodes suivantes j'ai utilisé Les Métamorphoses du Gras de Georges Vigarello, directeur de recherche au CNRS, dans lequel il a retracé l'histoire du « gros » du moyen âge à nos jours. (27)

1.3 Le Moyen Age (Ve au XV e siècle)

Le surpoids était signe de force et de richesse, car la surabondance était réservée à une élite.

De l'antiquité aux siècles centraux du Moyen âge, le surpoids était signe de puissance et de pouvoir, celui qui mange domine les autres.

Le très gros est cependant jugé comme présentant des troubles du comportement.

Vers le milieu de moyen Age, le modèle religieux influence l'image corporelle.

La gourmandise étant un pécher, le surpoids devient la marque du vice.

Les médecins distinguaient le « très gros » du « gros ». On trouve une définition dans le traité de Guy de Chauliac en 1363, La Grande Chirurgie: « il est changé en si grand amas de chair qu'il ne peut marcher sans fâcherie, ..., ni chausser ses souliers à cause de la tumeur de son ventre, ni même respirer sans empêchement. »

1.4 La renaissance (XVe et XVI e siècle)

Les régimes et règles de vie apparaissent au XV e siècle.

La « grosseur physique » devient une « lourdeur globale ».

Le surpoids est signe de mollesse, d'inefficacité.

La personne forte est dévalorisée, rejetée socialement.

Les régimes se développent et se diversifient.

Pour autant la maigreur n'a pas meilleure presse, elle est synonyme d'infécondité et de pauvreté.

Contrairement à l'adage populaire qui voudrait que Rubens peignait des femmes « bien en chair » parce que c'était la mode au XVII^e, selon René de Piles, biographe, il dénonçait paresse et gourmandise « en accumulant des corps aux chairs démesurés ».

1.5 Au siècle des lumières (XVIII^e siècle)

L'embonpoint est accepté chez les hommes mais pas chez les femmes. On note l'apparition de la pesée, de la mesure du tour de taille et du mot obésité.

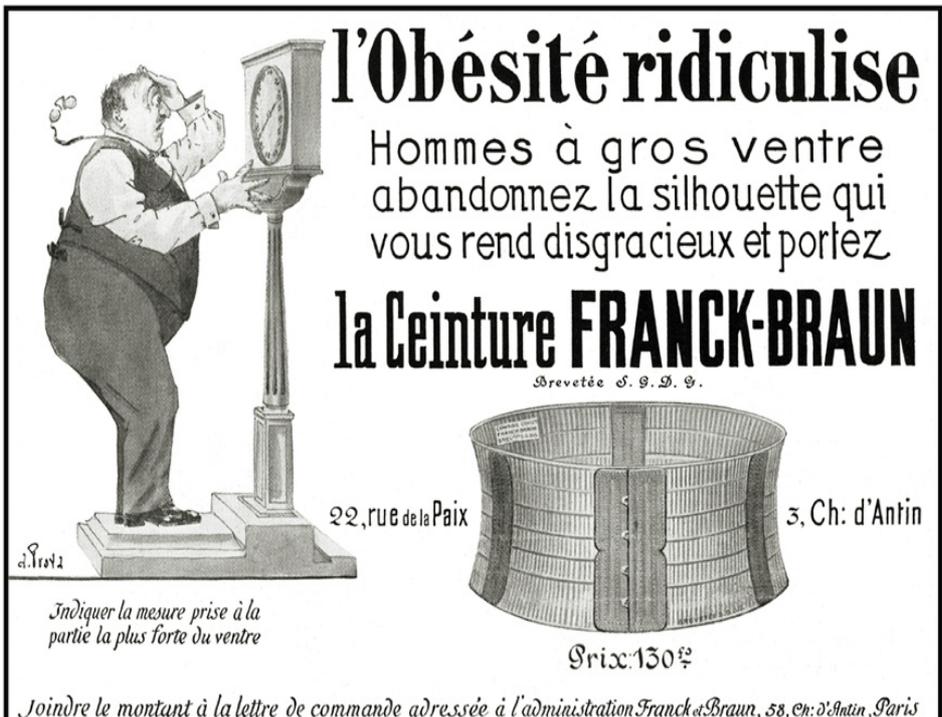
1.6 Au XIX^e siècle

Le bourgeois est représenté avec du ventre et des jambes maigres.

La graisse abdominale est signe de respectabilité.

Dans la deuxième partie du XIX^e siècle, les publicités pour les méthodes aminçissantes sont de plus en plus nombreuses.

Pour exemple, illustration 6: *les pilules persanes du docteur Blyn's* ou encore, *la ceinture de Franck Braun en 1928*:



l'Obésité ridiculise
Hommes à gros ventre
abandonnez la silhouette qui
vous rend disgracieux et portez
la Ceinture FRANCK-BRAUN
Brevetée S. G. D. G.

22, rue de la Paix
3, Ch: d'Antin

Indiquer la mesure prise à la
partie la plus forte du ventre

Prix: 130^{fr}

Joindre le montant à la lettre de commande adressée à l'administration Franck & Braun, 58, Ch: d'Antin, Paris

Publicité Kléger et Halburon

1.7 Au XX e siècle

L'obésité touche toutes les catégories socioprofessionnelles et plus seulement les nantis, en raison d'une plus grande disponibilité des denrées alimentaires.

On parle de « tare de civilisation ».

L' image du corps féminin se modifie également.

La silhouette devient effilée, mince et ferme, comme l'est « la garçonne » des années 1920.

Le modèle de la minceur se reprend avec l'avènement des nouveaux systèmes d'information: magazines, cinéma, publicités.

La critique sociale ne concerne plus seulement l'obésité démesurée mais tout ce qui n'est pas mince. Le culte de la minceur envahit le domaine commerciale.

Paradoxalement, dans ce contexte de survalorisation de la minceur et de multiplicité des différents régimes, le nombre d'obèses augmente. (27)

2. LES REPRESENTATIONS SOCIALES

Julia Csergo et André Rauch ont organisé un séminaire en mai 2006 sur:« *les représentations de l'obésité, le gros et le gras* ».

A l'issu de ce séminaire, Julia Csergo, historienne, a rédigé un ouvrage paru en 2009: Trop gros? L' obésité et ses représentations, elle fait état des représentations sociales de l'obésité dans notre société contemporaine rapportées par les intervenants du séminaires, selon la littérature et les différents médias. (26)

Jean Pierre Poulain, sociologue et anthropologue a étudié les représentations sociétales de l'obésité.

Il compare les représentations des cultures traditionnelles et modernes. Dans les cultures traditionnelles, stocker des graisses est synonyme de bonne santé et de fécondité. Les individus en surpoids peuvent prétendre à une position sociale supérieure.

Les ha'aponi polynésiens étaient des concours de beauté de femmes fortes qui se déroulaient encore à la fin du XVIII e siècle.

En Mauritanie, jusqu'à récemment, il existait des maisons d'engraissement.

Dans les société occidentales, la norme est la minceur, il existe néanmoins une exception: les sumotori, adulés par les japonaises. (28)

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE QUALITATIVE: QUELLES REPRESENTATIONS LES OBESES ONT ILS DE LEUR MALADIE ?

I MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude qualitative.

Nous avons choisi la méthode des focus groups afin de permettre aux patients de s'exprimer en interagissant les uns avec les autres.

En effet plus la discussion est riche et plus nos résultats seront intéressants.

L'entretien individuel semi-directif a été effectué pour interroger une patiente non hospitalisée.

1. LES FOCUS GROUPS

Il s'agit d'entretiens collectifs, composés d'un petit groupe de patients. Ces entretiens sont enregistrés pour permettre le recueil de données de façon précise.

Les patients sont informés de l'enregistrement de l'entretien, de l'anonymat respecté lors de la retranscription, ainsi que du déroulement de l'entretien.

Un guide d'entretien structuré est utilisé pour chaque focus group, il est le même pour chaque entretien mais peut évoluer.

Il est constitué de questions ouvertes, ciblées sur la question de recherche.

Le focus group est composé de deux observateurs et d'un animateur, et du groupe de patients inclus.

Le rôle de l'observateur est de noter le nom verbal et les éventuelles interactions entre les patients . Il s'assure également que tout le monde ait répondu à la question; si un patient ne s'est pas exprimé, il fait signe à l'animateur, par écrit.

L' observateur ne parle pas .

L'animateur se réfère au guide d'entretien, stimule les patients, et facilite la discussion et le débat.

Les interactions entre les patients sont l'essence même du focus group, chacun prend la parole, pas nécessairement dans l'ordre défini par le tour de table.

L'animateur veille à contrôler ces interactions de sorte qu'il n'y ait pas trop d'interférence rendant la transcription difficile.

2. L'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF

L'animateur et le patient sont les participants.

Cet entretien individuel est également enregistré.

Ce type d'entretien permet de cibler une population spécifique.

Le même guide d'entretien est utilisé pour les focus groups et l'entretien individuel.

3. LE GUIDE D'ENTRETIEN

Ce guide, appelé également canevas d'entretien, est constitué de questions ouvertes, de la plus générale à la plus précise.

Il est réfléchi et constitué préalablement .

Guide d'entretien:

1° Qu'est ce que, pour vous, une personne obèse ?

2° Depuis quel âge vous sentez vous obèse?

Quel est votre parcours depuis le début de votre obésité? Qu'avez vous fait pour prendre en charge votre obésité jusque là?

3° Comment définiriez vous votre rapport à la nourriture?

4° Comment vivez vous votre obésité?

5° Quels sont ,selon vous, les inconvénients de l'obésité? (médicales, sociales...)

6° Comment pensez vous que les autres vous considèrent?

4. LA POPULATION

L' étude a été réalisée auprès de patients adultes obèses (avec un IMC > 30)

Les focus groups ont été effectués chez des patients hospitalisés.

Le premier focus group a réuni des patients en hospitalisation de semaine du service d'endocrinologie de l'hôpital de Tulle, en Corrèze, en mars 2012. Ces patients étaient hospitalisés pour prise en charge hygiéno-diététique de leur obésité.

Les deux autres focus groups ont été réalisés à Pouligny Notre Dame, dans L'Indre, en mai 2012. Avec des patients de la clinique du Manoir en Berry en hospitalisation conventionnelle pour prise en charge de leur obésité.

L'entretien individuel a eu lieu à Oradour sur Glane, en Haute Vienne, en septembre 2012, au domicile d'une patiente obèse, prise en charge en médecine libérale.

Des patients hospitalisés ont été choisis avec l'aide du médecin responsable du service .

Une maladie mentale pouvant faire obstacle au bon déroulement du groupe de parole était un facteur d'exclusion.

J'allais ensuite voir chacun d'eux pour me présenter, leur expliquer le thème de ma recherche et le déroulement d'un focus group.

Les patients inclus étaient volontaires.

Pour ceux qui refusaient de participer à l'étude, les raisons étaient majoritairement liées à un problème d'emploi du temps avec des activités programmées comme la kinésithérapie et la balnéothérapie.

La patiente choisie pour l'entretien individuel a été informée par son médecin généraliste et s'est portée volontaire. Je l'ai alors contacté par téléphone et nous avons convenu d'un rendez vous à domicile.

Il n'y a pas de règle pour prédéfinir la taille de l'échantillon en recherche qualitative, l'étude s'arrête à saturation des données.

Une feuille d'émargement a été remise à chaque participant mentionnant le nom, le prénom, le sexe, âge, le poids, la taille, la commune d'habitation (lieu de vie considéré comme rural dans les communes de moins de 10 000 habitants), le niveau d'étude, la profession, la situation maritale et le nombre d'enfants.

Un accord écrit indiquant le caractère anonyme de la retranscription et l'enregistrement a été signé par les patients participants.

5. ANIMATION DES FOCUS GROUPS ET DE L'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF

Les 3 focus groups ont été animés par le Docteur Dominique Menard, mon directeur de thèse.

Le Docteur Nathalie Dumoitier et moi même étions les observatrices.

J'ai animé l'entretien semi directif.

6. ANALYSE

6.1 le Verbatim

Les entretiens sont enregistrés pour permettre une retranscription exacte.

Les paroles des patients sont recueillies mot pour mot, on ajoute des précisions « non verbales » rapportées par les observateurs.

Ce transcrit s'appelle le Verbatim, nous travaillons à partir de ce document pour réaliser l'analyse.

6.2 le codage

Le codage est la méthode d'analyse dans les études qualitatives.

Il existe plusieurs niveaux de codage. Il permet de passer du chronologique au thématique puis à l'explicatif.

Nous avons utilisé le logiciel N VIVO, conçu exclusivement pour l'analyse des études qualitatives, pour nous aider à classer les informations, et surtout à les recouper entre elle.

6.2.1 le codage descriptif

Appelé également la décontextualisation; chaque idée émise par les patients est désignée par un code, auquel sont rattachés tous les extraits de textes pouvant y faire référence.

6.2.2 le codage axial

Ce codage s' appelle la recontextualisation.

Les codes obtenus lors du codage descriptif sont regroupés par thème.

Les thèmes retrouvés sont nommés « codes axiaux ».

6.2.3 Le codage matriciel

Il permet de recouper les données: il croise les caractéristiques des patients avec les codes obtenus.

Cette analyse est possible grâce au logiciel N VIVO

II RESULTATS

1. LES ENTRETIENS

1.1 les focus groups

Le premier focus group a eu lieu le 15 mars 2012, à l'hôpital de Tulle, dans le service d'endocrinologie.

6 patients ont pu participer.

L'entretien a duré 1h13.

Le deuxième focus group a eu lieu le 15 mai 2012 à la clinique du Manoir en Berry, à Pouligny Notre Dame, dans l'Indre.

9 patients ont pu participer.

L'entretien a également duré 1h13.

Le troisième focus group a eu lieu le 24 mai 2012 à la clinique du Manoir en Berry également.

7 patients ont participé.

L'entretien a duré 1h25.

1.2 l'entretien semi directif individuel

L'entretien s'est déroulé au domicile de la patiente, à Oradour Sur Glane, le 5 septembre 2012.

Il a duré 18 minutes.

1.3 la population

23 patients ont participé à l'étude.

catégorie	Sexe féminin	Sexe masculin	IMC > 35	IMC < 35	Age > 40	Age < 40	Niveau d'étude < bac	Niveau d'étude > bac	Lieu de vie: urbain	Lieu de vie: rural	Situation matrimoniale: couple	Situation matrimoniale: marié
nombre	12	11	13	10	17	6	20	3	9	14	13	10
pourcentage	52	48	56	44	74	26	87	13	39	61	56	44

Tableau 6: caractéristiques des patients.
cf annexes

2. LA RETRANSCRIPTION: LE VERBATIM

Le verbatim est la retranscription exacte de l'entretien. Il est le support de l'analyse.

Pour exemple, voici un extrait de verbatim du focus group N°2, patient N°9:

« c'est pas spécialement une maladie, c'est une maladie si on veut. Moi je sais que je suis fort et gros, depuis ma naissance, je suis né comme ça, j'étais très fort, ma mère m'a toujours dit t'étais un gros gros bébé, et puis j'ai toujours été obèse, j'ai toujours été au dessus de mon poids, largement au dessus de ma taille et de mon poids que j'aurais du avoir. »

3. LE CODAGE

3.1 Le codage descriptif

On a pu extraire 57 codes à partir des 3 verbatims.

Tableau 7: codage descriptif:

CODE	verbatim	références
acceptation	3	13
activité physique	3	8
addiction	2	3
ambivalence	1	1
ancienneté	4	26
apparence	2	11
appartenance à un groupe	3	9
auxiliaire de vie	1	2
bénéfice secondaire	1	1
biométrie	2	3
causes alimentaires	2	6
causes environnementales	4	17
Causes iatrogènes	3	12
Causes organiques	3	13
Causes psychologiques	4	34
colère	4	15
Conséquences médicales	4	36
Conséquences sociales	3	30
couple	3	14
croyance	3	19
cuisiner	1	5
culpabilité	2	8
dégoût	1	1

déni	3	11
Diabétologue , endocrinologue	3	3
diététicienne	3	4
éducation	2	8
Erreurs diététiques	4	20
frustration	3	10
gourmandise	4	9
habillement	4	31
handicap	3	21
hospitalisation	4	17
Hyperphagie	2	10
isolement	4	8
Maladie	1	1
Médecin traitant	3	7
médicament	1	2
modification	2	5
Motivation à la prise en charge	4	25
Non acceptation	3	18
norme	4	25
Pas de cause	2	10
phases	3	45
Plaisir alimentaire	3	13
privation	2	3
psychiatre	2	2

Rapport à autrui	4	69
réconfort	2	6
Régime	4	39
renoncement	3	10
sédentarité	2	5
Stagnation	2	2
synonyme	4	32
Traitement chirurgical	3	6
Type d'obésité	2	4
Vécu douloureux	4	30

Pour lire ce tableau, prenons l'exemple du vécu douloureux:

Ce code a pu être retrouvé dans les 4 verbatims, et 30 citations l'évoquent.

Quelques extraits de verbatim correspondant à ce code:

« *pour moi, j'ai arrêté de vivre si vous voulez.* »

« *je ne m'aime pas, je suis malheureuse et je ne m'aime pas.* »

3.2 le codage axiale: Quelles représentations les patients obèses ont ils de leur maladie ?

Les codes obtenus lors du codage descriptif sont regroupés par thème. Les thèmes retrouvés sont nommés « codes axiaux ».

3.2.1 les causes de l'obésité

3.2.1.1 les causes liées au comportement alimentaire

La plupart des patients témoignent une augmentation de leur ration alimentaire ou une tendance à manger plus que la majorité des gens.

Certains avouent ne pas manger de façon équilibré.

Dans certains cas, ils déclarent ne pas manger beaucoup.

Majoritairement, ils évoquent leur gourmandise, témoignent d'une tendance à préférer les aliments à haute teneur énergétique, comme les pâtisseries, le chocolat, le fromage et la charcuterie.

« j'allais m'acheter un gâteau à la crème » verbatim 3.

« je fais un peu de tout mais il faut que je goutte, alors je goutte, si je fais une tarte, faut que je la goutte, si je l'aime, j'en mange automatiquement un morceau » verbatim 2.

Certains nous ont expliqué leur tendance à manger en dehors des heures de repas, avec parfois des pulsions alimentaires, un comportement hyperphagique.

« moi j' ai vu me faire un flan et , .. regarder la télévision et me bouffer le flan, et bouffer, je dis bouffer parce que c'est bouffer, bouffer le flan dans la soirée, un flanc gros comme ça, (fait le geste) » verbatim 2.

« il suffit que j' aille me coucher pour que je pense à ce qu'il y a dans le frigidaire » verbatim 3.

3.2.1.2 les causes environnementales

Certains évoquent des contraintes professionnelles à type d'accidents du travail, de contrariétés, de stress, d'amplitudes horaires trop importantes.

Une personne a clairement évoqué le pouvoir anxiolytique de la nourriture pour elle.

« quand je rentre, je suis très fatiguée, je suis épuisée, et ..., en ouvrant le frigo, ..., ce que l'on a, ça fait le même effet que le lexomil, c'est à dire l'arrivée de sucre vous détend, vous apaise. » verbatim 3.

Un certain nombre de patients témoignent de contraintes familiales, expriment que le fait d'être marié, d'avoir des enfants, les a fait grossir.

Une patiente nous a raconté qu'elle achetait des gourmandises à ses petites filles et qu'elle craquait régulièrement en les mangeant.

« Je viens acheter ça pour Emma ou Lou, mes petites filles puis en fin de compte... je dis tu vas le ranger dans le placard mais à un étage où tu peux pas l'attraper facilement, j' arrive quand même à l'attraper » verbatim 3.

Plusieurs patients exprimaient le fait que le repas familial pouvait être une cause à leur prise de poids.

« on est quand même pas tout seul, on a une famille, on a une femme qui cuisine à sa manière » verbatim 1.

D'autres témoignent que des difficultés rencontrées dans leur famille les avaient fait grossir, par exemples des problèmes de santé des proches ou des problèmes relationnels.

3.2.1.3 les causes médicales (iatrogène, organique et psychologique)

Beaucoup de patients évoquent qu'un traitement médicamenteux les a fait grossir.

Certains d'entre eux précisent en mentionnant l'insuline ou des traitements antidiabétiques oraux ou encore un traitement anti dépresseur.

« je prenais des médicaments assez importants, mais quand même, moi j'ai vu sur les boîtes que ça faisait grossir » verbatim 2.

Des patients nous expliquent qu'une opération chirurgicale a été à l'origine de leur prise de poids, comme une cure de hernie discale.

« j'ai été opéré 3 fois de la colonne et c'est ça qui m'a fait grossir »

Une personne a exprimé une cause génétique de l'obésité, en exprimant que sa mère était également obèse.

Une personne a évoqué l'arrêt du tabac.

Un certain nombre de patients témoigne d'un traumatisme physique à l'origine de leur obésité, en expliquant que l'immobilisation qui a suivi, a provoqué une prise de poids.

« j'ai eu un accident déclencheur: tombé d'un échafaudage de 6 m de haut, cet élément déclencheur m' a interdit toute activité physique » verbatim1.

Plusieurs patients évoquent des problèmes de dysthyroïdie.

Beaucoup de patientes ont expliqué qu'elles avaient pris du poids suite à leurs grossesses. *« après les grossesses, j'ai gardé des kilos »* verbatim 1.

Une patiente a mentionné la ménopause, comme responsable de sa prise de poids.

Beaucoup de patients évoquent le stress comme responsable, certains précisent un stress post traumatique.

« dès que je suis stressée , je reprends » verbatim 1.

Plusieurs patients ont exprimé avoir été harcelés, et rejettent la faute sur autrui.

« ça a démarré quand j'ai eu une grosse contrariété sur un plan professionnel, et ça été le début de ma prise de poids » verbatim 1.

Nombreux patients ont été confrontés à des deuils successifs. Certains expriment clairement que la nourriture a été réconfortante dans des moments difficiles.

« je dirais que je me suis enrobée de graisse , comme pour me former une carapace pour me protéger. » verbatim 3.

Une patiente nous a expliqué que la nourriture représentait la relation qu'elle avait avec sa mère décédée.

« quand j' étais petite, ma mère me récompensait avec un gâteau à la crème, et j'allais chercher ma mère sans m'en rendre compte » verbatim 3.

3.2.1.4 L' activité physique

Certains patients admettent être très sédentaires.

Une partie nous raconte que l'absence d'activité physique est l'origine de leur prise de poids, d'autres expriment qu'elle est une conséquence de leur obésité.

« *le problème c'est que je sorts plus de mon lit* » verbatim 3.

3.2.1.5 l'absence de cause

Beaucoup de patients affirment leur incompréhension face à leur prise de poids.

Ils nous expliquent qu'un rien les fait grossir, qu'ils mangent peu.

D'autres affirment que leur obésité est constitutionnelle.

« *Pourtant je suis pas un gros mangeur contrairement à ce qu'on croit, et voilà. Comme on dit, le peu que je mange ça profite* » verbatim 2.

« *je suis né comme ça , j'étais très fort, ma mère m' a toujours dit t'étais un gros bébé* » verbatim 2.

3.2.2 les conséquences de l'obésité

3.2.2.1 les conséquences médicales

Beaucoup de patient décrivent des dyspnées d'efforts et l'épuisement.

Certains évoquent des problèmes cardiovasculaires sans précision.

Certains nous parlent de leurs troubles de l'humeur.

La plupart parlent de problèmes rhumatologiques à titre de lombalgies ou d'arthrose en générale.

Des patients mentionnent le diabète.

Plusieurs patients ont cité l'apnée du sommeil ainsi que des troubles de l'érection.

Des patients expliquent qu'ils ont des difficultés à marcher, à monter les escaliers, à se baisser. Ces incapacités ont des conséquences dans leurs activités de la vie quotidienne et génèrent des situations d'handicap.

« *Je peux plus mettre mes chaussures, il y a beaucoup de choses que je peux plus faire, je peux plus me baisser, je suis tout essoufflé* » verbatim 1.

« *J' arrivais plus à faire ma toilette,..., les choses de la vie qui sont très importantes aussi.* » verbatim 2.

Certains, individuellement, évoquent l'insuffisance veineuse, le raccourcissement de l'espérance de vie, le cancer du rein, les vergetures ou même le prolapsus vaginal.

3.2.2.2 les conséquences sociales

Une patiente nous a parlé de la perte de son emploi de barmaid.

Quelques patients ont mentionné des situations concrètes telle que la place assise dans l'avion, certains sièges à des terrasses de cafés non adaptés, les voitures trop petites.

Des patients ont témoigné de leurs difficultés à établir des relations amicales et amoureuses. D'autres sont intervenus en expliquant que selon eux les problèmes relationnels n'étaient pas liés à l'obésité.

Certains patients pensent qu'ils ne sont plus invités chez des amis à cause de leur obésité.

Des patientes nous expliquent qu'elles ne se maquillent plus et ne font plus d'efforts de coquetterie.

« Je n'avais pas pris l'avion depuis longtemps , et quand j' ai voulu m' assoir, j'ai dit c'est pas possible. J'étais serrée et je ne pouvais pas mettre la ceinture » verbatim 3.

Concernant l'habillement:

La quasi totalité des patients ont spontanément énoncé leurs difficultés à trouver des vêtements à leur taille.

Pour certains le problème principal est le temps passé à trouver un seul article adapté avec des séances de shopping durant des heures.

Beaucoup nous expliquent leur gêne à faire face aux vendeuses souvent minces.

« Fallait que je fasse des magasins et des magasins pour trouver des pantalons, ou des chemises, pour trouver une chemise, il fallait un après midi complet » verbatim 2.

Certains se sont mis en colère dans des magasins.

« *il faut arrêter d'habiller des fiotes, ils faux habiller des hommes* »
verbatim 1.

Concernant les problèmes de couple:

Beaucoup d'homme ont expliqué qu'ils présentaient parfois des troubles de l'érection.

Des patients exprimaient leur crainte de ne plus plaire à leurs conjoints.

« *Elle se trouve avec un bonhomme dans le lit qui fait 25 kilos, c'est plus le même bonhomme* » verbatim 1.

3.2.2.3 le bénéfice secondaire

Un seul patient l'a exprimé.

Son obésité l'a aidé dans son emploi en tant que gardien de prison, il a estimé qu'il était craint et respecté d'avantage.

3.2.3 les intervenants dans la prise en charge

3.2.3.1 les auxiliaires de vie

Une patiente s'est exprimée à ce sujet.

Elle nous a expliqué que l'auxiliaire de vie l'aide à la toilette et qu'elle en a besoin pour se sentir bien. Elle a également témoigné de sa détresse et de son sentiment de solitude au départ de l'auxiliaire marquant le fait que cette dernière était une professionnelle et non une amie.

« *elle vous monte en voiture, vous allez faire quelques courses, et puis au revoir Madame, à demain, ce n'est pas un remonte moral* » verbatim 3.

3.2.3.2 le diététicien

Ils évoquent le soutien de la diététicienne pour la mise en route d'un régime.

Ils en parlent également comme intervenant dans le cadre des hospitalisations

3.2.3.3 le médecin endocrinologue

3 patients témoignent du fait qu'ils ont pris un rendez vous avec un endocrinologue, un spécialiste parisien pour 2 d' entre eux.

3.2.3.4 le psychiatre

2 patients expliquent avoir pris rendez vous avec un psychiatre.

« c'est l'année dernière où j' étais au fond du trou que je me suis dit avec mon psychiatre qu'il fallait faire quelque chose » verbatim 2.

3.2.3.5 le médecin traitant

Des patients expliquent qu'ils ont commencé par aller voir leur médecin généraliste.

Certains évoquent la prise de décision d'hospitalisation en accord avec le médecin traitant.

3.2.4 le traitement

3.2.4.1 le traitement médical

Les régimes :

Plusieurs patients avouent avoir essayé beaucoup de régimes, sans succès, depuis parfois leur adolescence, à leur propre initiative ou selon les conseils de proches.

Souvent inspirés par les magazines féminins, des patients ont cité plusieurs fois la soupe au chou , les régimes hyperprotéinés et Weight Watchers.

« J'ai essayé 2, 3 régimes en étant adolescent, j' ai essayé les protéines, j 'ai essayé de faire le régime que salade tous les soirs ... » verbatim 2.

« J'ai fait des régimes , hypocaloriques après tout ce que vous pouvez trouver dans les bouquins, tout ce que vous pouvez trouver en pharmacie, ce que les toubibs peuvent vous passer, les diététiciennes,

les soupes aux choux, les ..., tout ce que vous pouvez trouver en supermarché qui peut vous aider à perdre du poids. » verbatim 2.

Certains nous expliquent avoir compris l'intérêt d'une alimentation équilibrée, en suivant les conseils de leur médecin ou d'une diététicienne. Plusieurs patients parlent d'erreurs alimentaires qu'ils essayent de corriger.

« Je prenais de la charcuterie, j'en prenais plus. J' exagérais un petit peu sur les volumes de viandes , je réduisais. Euh..., j' évitais de manger du pain, j'évitais le fromage et tout de suite 4, 5 kilos, je les perdais en l'espace de 2 mois. » verbatim 1.

Des patients nous ont précisé ce qu'était pour eux une alimentation équilibrée, certains ont énoncé protéines, légumes/fruits, féculents, produits laitiers, mais la plupart des patients n'étaient pas précis et évoquaient volontiers la variété et l'absence de restriction.

« Moi c'est la nourriture basique: viande grillée, poisson grillé, salade, riz, fromage, little le dessert , des fruits » verbatim 1.

« Je sais que je peux manger de tout mais en toute petite quantité, ils m'ont expliqué ça au Cluzeau. Je sais. Ils m'ont expliqué, un repas équilibré.... » verbatim 4.

« Je fais attention à ce que je mange..., je fais des choux , des côtes de porcs, j 'ai du provençal , ça je peux manger.. » verbatim 4.

L'activité physique:

Elle a très peu été évoquée.

Parfois présentée par les patients comme un loisirs passé qu'ils ne peuvent plus faire, rarement énoncée comme faisant partie de leur quotidien.

« Mon problème faire plus de sport pour puiser dans la graisse » verbatim 2.

Le traitement médicamenteux:

Un patient en a parlé. Le traitement ne lui a pas été prescrit. Il se l'est procuré lui-même par internet.

Un autre patient a parlé d'un médicament qui l'a aidé à maigrir mais indirectement, il s'agissait d'un antidépresseur.

« J'ai fait venir des gélules de l'étranger, j'ai pris des risques pas possibles, je savais pas ce que j'avalais, je le reconnais. » verbatim 2.

L'hospitalisation:

De nombreux patients ont exprimé leur satisfaction.

La décision d'hospitalisation avait été initiée par le médecin traitant.

Ils expriment souvent l'intérêt de se retrouver dans un groupe de personnes obèses.

« Je suis très content d'être là aujourd'hui, parce que j'ai rencontré des gens qui sont comme moi. » verbatim 1.

La plupart d'entre eux témoignent d'une perte de poids, dans certains cas stabilisée, et pour d'autres, suivie d'une reprise de poids.

« Je suis venu ici, c'est la troisième fois, chaque fois je perds 4 kilos, je suis maintenant à 89, à chaque fois je perds 4 kilos. » verbatim 3.

« je suis venue ici, il y a 2 ans, où j'avais perdu 4, 5 kilos, je suis restée longtemps sans les reprendre. » verbatim 3.

Ils expriment également le bénéfice de l'encadrement et l'intérêt de formation en matière de diététique.

3.2.4.2 le traitement chirurgical

3 opérations ont été citées: la sleeve gastrectomy, l'anneau gastrique et le By pass.

Aucun des patients n'avait été opéré.

Une patiente explique avoir été refusée pour « poids insuffisant ».

Un patient nous raconte qu'on lui a parlé de chirurgie, mais ce dernier a refusé.

« *Le By pass, Hou !* » verbatim 1.

3.2.5 le Ressenti

3.2.5.1 les ressentis négatifs

La colère:

Beaucoup de patients ont exprimé leur colère, particulièrement par rapport aux réactions de leur entourage, des regards, des remarques qui les ont particulièrement blessés.

« *Quand je vois leur QI, je me dis que je préfère être gros qu'avoir leur QI à eux* » verbatim 1.

« *Le mec , il pèse 45 kilos et il te dit oh, t'es pas très gros. Celui là, il vaut mieux , qu'il se taise.* » verbatim 1.

« *on a le droit de faire comme tout le monde, on a un coeur, on a des poumons, on a le droit de vivre!* » verbatim 4.

Des patients nous ont raconté leur emportement face aux vendeuses en boutique, où ils ne trouvaient pas de vêtements à leur taille.

« *Je vais pas être polie, mais écoutez les femmes qui ont des grosses fesses, et c'est pas le mot que j'ai employé, ont souvent du pognon alors faudra revoir votre copie.* » verbatim 3.

Une patiente a témoigné son mécontentement face à la réaction de sa fille qui ne voulait pas qu'elle aille à la piscine.

« *je veux aller nager, mais: maman, t'as pas le droit de mettre un maillot de bain, oh la honte!* » verbatim 4.

Certains ont exprimé leur colère face aux inégalités de prise de poids d'une personne à l'autre pour un même apport alimentaire.

Un patient a exprimé de la colère envers son médecin qui aurait banalisé sa prise de poids.

La culpabilité:

Les patients nous racontent se sentir coupable après une prise alimentaire importante ou un grignotage induit par une pulsion à laquelle ils n'ont pas pu résister.

« Je peux pas vous dire, je sais que je fais mal, mais dans l'instant où je le fais, euh, c'est naturel, c'est pas mal, puis une fois, ... après avoir mangé, je me dis pourquoi t'as fait ça! Ça t'apporte rien, ça te rappelle pas celle que tu aimais et ça t'aide pas, tu vivras moins longtemps pour continuer d'aimer tes petites filles mais c'est fait. » verbatim 3.

Un patient a exprimé la culpabilité induite par les autres.

« Je trouve que pour l'obésité on dit : elle a pas moins bouffer. » verbatim 3.

Des patients se sentent responsables de leur état et regrettent de ne pas avoir réagi plus tôt.

La frustration et la privation:

« Ca fait des années que je mange pas comme j'aimerais manger! Ca fait des années que je sais pas ce que c'est de manger un plat en sauce. Ca fait des années que je sais pas ce que c'est de me gaver avec des pâtisseries. » verbatim 1.

Des patients ont exprimé leur sentiment de restriction face à une alimentation contrôlée. Certains ont également évoqué la perte du plaisir dans la prise du repas.

L'addiction:

Plusieurs patients ont comparé la nourriture à une drogue.

« Je sortirai pour aller m'en acheter. Sachant qu'il y en a plus dans le placard, moi je suis quelqu'un qui va sortir pour m' acheter du chocolat. » verbatim 2.

L'acceptation et la non acceptation:

Une patiente a apprécié ses formes, mais ne veut pas évoquer le mot obésité.

« Je me suis toujours aimée comme j'étais avec mes rondeurs pulpeuses. » verbatim 2.

Plusieurs patients acceptent leur obésité mais ne s'aiment pas.

« je sais que je ne m'aime plus du tout, j'ai l'impression que plus personne ne m' aime. » verbatim 3.

Beaucoup de patients ne s'acceptent pas et le vivent très douloureusement.

« Votre corps , que vous trouvez pas beau qui est moche, qui a plein de trucs qui pendouillent de partout » verbatim 3.

Un patient a exprimé clairement vouloir la combattre.

« Je l'accepte pas, la refuse et je la combats, donc on est en guerre. » verbatim 1.

Beaucoup de patients ont exprimé leur mal-être et nous ont dit être malheureux

Le renoncement:

Des patients ont admis avoir abandonné l'idée de maigrir un jour.

Un patient se trouve trop âgé pour maigrir (62 ans).

« J' ai abandonné l'espoir de maigrir un jour. » verbatim 2.

Le déni:

Un certain nombre de patients ont déclaré ne pas se sentir obèse. Certains se savaient en surpoids mais ne pensaient pas avoir atteint l'obésité.

Un patient ne s'était jamais pesé.

« je ne me trouve pas spécialement obèse. » verbatim 2.

L' ambivalence:

Une personne a affirmé qu'elle ne se sentait pas vraiment obèse et présentait des difficultés à se définir.

« mais moi, moi je me sens, personnellement , euh.., je me sens entre les 2, je me sens pas complètement obèse quand même. » verbatim 1.

3.2.5.2 les ressentis positifs

Le plaisir alimentaire:

Des patients témoignent de leur plaisir de cuisiner pour soi et autrui.

Certains nous racontent le plaisir qu'ils éprouvent en mangeant.

La convivialité est souvent très importante.

« C'est vraiment un très grand plaisir, mais je crois qu'en ce moment, c'est pas loin du numéro 1, le bien être, le grand plaisir, ça peut m'apaiser , ça a toutes les qualités. » verbatim 3.

Un patient a exprimé son plaisir à manger des quantités importantes.

« Le plaisir de manger, ... regarder la télévision et .. bouffer le flan, bouffer le flan dans la soirée, un flan gros comme ça, (fait le geste). » verbatim 2.

Beaucoup de patients avouent leur plaisir de cuisiner.

Une patiente a au contraire exprimé son dégoût pour la nourriture.

Le réconfort:

Des patients nous expliquent que le fait de s'alimenter les apaise, la nourriture aurait un effet anxiolytique ou comblerait un vide.

« Lorsque j'ai des soucis, ..., manger quelque chose m'apaise, aussi bien que pourrait apaiser je suppose un cachet de lexomill » verbatim 3.

3.2.5.3 les croyances

Beaucoup de patients ont exprimé spontanément des croyances personnelles concernant l'obésité.

D'autres ont rapporté des commentaires de personnes de leur entourage.

Une patiente a déclaré que « comme tout le monde », elle avait gardé des kilos après sa grossesse.

Une autre patiente nous a déclaré que « le corps d'une femme mariée, doit s'entretenir et rester mince. »

Elle nous avoue qu'elle pense que son mari ne la désire plus à cause de son obésité.

Un patient nous explique qu'il préfère les femmes enrobées.

Une patiente commente que, selon elle, sur le plan sexuel, l'obésité a plus de conséquences néfastes chez les hommes que chez les femmes. (verbatim 2).

Concernant les croyances sur la prise en charge:

Une patiente pense qu'il ne faut compter que sur soi même. Une autre estime que « ça se soigne dans la tête avant que ça se soigne dans l'assiette. »

Un patient nous explique que selon lui notre système de santé permet de prendre en charge les obèses , « qu'on peut guérir, mais qu'il y aura des séquelles physiques ..., beaucoup de temps perdu ».

(verbatim 3).

Une patiente exprime que la prise en charge des obèses est insuffisante et culpabilisante.

« j' ai certainement tord je trouve ..., que pour l'obésité on dit , elle a cas moins bouffer, c'est pas dur ! » verbatim 3.

Des patients s'entendent à dire que la société n'accepte pas les obèses. D'autres pensent qu'ils faut s'ouvrir aux autres.

Une patiente rapporte les propos d'un de ses amis: « le jour où les gros seront maigres, les maigres seront morts. » verbatim 3.

3.2.6 Le rapport aux autres

Le regard d'autrui:

La plupart des patients en souffrent, soit du fait d'expériences douloureuses vécues soit par l'idée même qu'ils se font du regard d'autrui.

Des patients estiment le regard d'autrui négatif, émettant un jugement, moqueur parfois méchant ou culpabilisant.

Ils pensent que leur comportement alimentaire est jugé par les autres.

« *On dit ben celui là , il bouffe trop.* » verbatim 2.

Souvent le regard des proches est très important. « *le regard de mes enfants est très dur.* » verbatim 3.

Les patients expriment leur difficulté à se mettre en maillot de bain.

Des patients ont exprimé leurs difficultés lors de la relation amoureuse quand leur partenaire n'assumait pas le regard d' autrui.

« *ils vont pas se balader avec nous main dans la main.* » verbatim 2.

Des patients évoquent les émissions télévisées de plus en fréquentes, concernant des personnes obèses.

Une personne a estimé qu'elles étaient bénéfiques et apportaient une meilleur compréhension du vécu des personnes obèses.

Les autres patients du groupe avaient un point de vue négatif, pensant qu'il s'agissait de voyeurisme .

« *Ouah t'as vu comment il est gros celui là!* » verbatim 2.

L'appartenance à un groupe

Beaucoup de patients apprécient de se retrouver avec d'autres personnes obèses, estimant qu'ils ne sont pas seuls à vivre la même expérience.

« je me suis dit, je suis pas la seule... » entretien individuel.

La norme:

Plusieurs patients estiment ne plus faire partie d'une norme imposée par la société.

Beaucoup estiment que « les gens filiformes » sont la norme.

« On a dépassé les normes que nous imposent les médias, que nous imposent aussi les critères de séduction, professionnels, d'embauche par rapport au patron. On a déjà vu des personnes obèses se faire refouler parce qu'on les dit pas crédibles, pas fiables. » verbatim 3.

L' éducation et le rapport aux enfants:

Un patient explique qu'en tant que parent il doit donner l'exemple à ses enfants. Il éprouve des difficultés à leur inculquer des règles d 'hygiène alimentaire.

« tu devrais pas manger ça, ça m'est difficile de leur dire parce qu'ils ont un exemple devant eux de celui qui à trop mangé » verbatim 2

une patiente a énoncé qu'elle redoutait que ses enfants souffrent des moqueries de leur camarades par rapport à son obésité.

Un patient a expliqué des principes éducatifs inculqués dans son enfance *« on finit toujours son assiette..., ne pas gaspiller. »* verbatim 1.

Le couple et la sexualité:

Des patients ont exprimé leur crainte de ne plus plaire à leur conjoint.

Certains patients expliquent avoir présenté des troubles de l'érection.

Plusieurs patients expliquent souffrir du regard du conjoint qui est différent depuis la prise de poids.

Des patients énoncent leur peur de ne plus séduire.

« J'ai toujours été séductrice mais ... qu'est ce que vous voulez qu'un homme fasse d'une femme de 90 kilos. » verbatim 3.

3.2.7 la caractérisation de la maladie

« C'est pas spécialement une maladie, c'est une maladie si on veut... » verbatim 2.

On a demandé aux patients de définir une personne obèse, les termes fréquemment utilisés étaient « ronde », « en surpoids », « un petit peu enveloppé », « rondeurs pulpeuses », « enrobé de graisse », « fort », « gros ».

Une seule patiente a mentionné la notion de « masse grasseuse », aucun n'a évoqué l'Indice de Masse Corporelle.

Des patients expliquent avoir présenté une prise de poids rapide, d'autres relatent une obésité remontant à l'enfance.

Beaucoup évoquent des fluctuations dans leur poids.

3.3 le Codage Matriciel: les points les plus fréquemment abordés selon les caractéristiques des patients

3.3.1 les causes

Les causes environnementales ont été fréquemment abordées, d'autant plus que le patient était âgé de plus de 40 ans, vivant dans un zone rurale et en couple.

« ça a démarré quand j'ai eu une grosse contrariété sur un plan professionnel » verbatim 1.

Les causes iatrogènes ont été énoncées prioritairement par les femmes et par les patients de plus de 40 ans.

« L'insuline pour moi c'est quelque chose, je peux pas. (Pleure) Et depuis je me suis mise à manger » verbatim 1.

Les causes psychologiques ont été plus particulièrement mises en cause chez les patients vivant dans des zones rurales.

L'absence de cause est exclusivement citée par les hommes.
Elle est également plus marquée chez les hommes de moins de 40 ans.

« Pourtant je suis pas un gros mangeur contrairement à ce qu'on croit, et voilà. Comme on dit le peu que je mange ,ça profite! » verbatim 2.

Concernant les causes alimentaires, les patients admettent manger gras, sucré, souvent en dehors des repas.

Certains décrivent de véritables crises de boulimies.

« Je peux me faire un paquet de pâtes, manger une baguette entière, voilà , quand j' ai des crises » verbatim 1.

3.3.2 les conséquences

Les conséquences médicales ont été très souvent citées dans toutes les catégories.

Les conséquences sociales ont été énoncées par tous de façon importante mais d' avantage chez les célibataires que chez les patients en couple.

De façon précise, l'isolement a été plus particulièrement une préoccupation des femmes et des patients vivant en milieu rural.

« On peut pas parler d'isolement, parce que les amis restent les amis. Mais c'est plus les mêmes invitations, les mêmes participations » verbatim 1.

3.3.3 les intervenants

Le thème est assez peu abordé. La prise en charge par le médecin traitant est énoncée , sans détailler la nature de son intervention.

L' évocation des autres intervenants est anecdotique.

« Dès que j'ai commencé à reprendre du poids, j'ai appelé mon médecin » verbatim 1.

3.3.4 le traitement

Les régimes sont très largement cités, de manière plus fréquente chez les patients vivant en milieu urbain, chez les célibataires, les patients ayant un IMC supérieur à 35.

« J' ai essayé bien des régimes » verbatim 2.

L'évocation des traitements médicamenteux et chirurgicaux reste ponctuelle et sans réelle prédominance catégorielle.

L'hospitalisation est également beaucoup énoncée, de façon moins importante chez les individus ayant un IMC inférieur à 35.

3.3.5 le ressenti

La colère est souvent exprimée, et majoritairement chez des patients ayant un IMC supérieur à 35 et chez les personnes en couple et vivant en milieu rural et de façon légèrement plus importante chez les hommes. Elle s'exprime souvent à l'évocation des difficultés face à autrui.

« Le mec il pèse 45 kilos et il te dit oh, t'es pas très gros. Celui là, il vaut mieux qu'il se taise. » verbatim 1.

Les croyances sont évoquées beaucoup plus souvent par les femmes.

« L'obésité joue plus sur le plan sexuel sur les hommes que sur les femmes. » verbatim 2.

La culpabilité est, d'une façon générale, moyennement représentée mais plus fréquemment rencontrée chez les femmes, les patients en couple et exclusivement chez les patients vivant en milieu rural.

« je m'en veux de ne pas avoir réagi plutôt » verbatim 1.

La frustration est d'avantage exprimée chez les patients célibataires, et également chez des patients ayant un IMC supérieur à 35.

L'absence d'acceptation est souvent citée sans nette prédominance catégorielle, légèrement plus importante en milieu rurale.

Beaucoup de patients évoquent le plaisir alimentaire sans prédominance catégorielle.

« Pour moi la nourriture, c'est un bien être un grand plaisir » verbatim 3.

Le sentiment de privation est peu énoncé mais de façon différente en fonction des catégories. Il est exprimé chez les patients de sexe masculin, en couple, vivant en milieu rural et ayant un IMC supérieur à 35.

La sensation de réconfort à la prise alimentaire est exprimée par les femmes ayant un IMC supérieur à 35, en couple et exclusivement âgées de plus de 40 ans.

« Quand ça va pas, ça soulage. Ça fait un plein, et voilà on pense pas à autre chose. On mange , on pleure et puis c'est tout. » verbatim 1.

Le renoncement est particulièrement énoncé chez les patients célibataires vivant en milieu urbain et de sexe masculin.

« j'ai abandonné l'espoir de maigrir un jour ou l'autre » verbatim 2.

Le vécu douloureux est présent, de façon très importante, dans toutes les catégories.

« je sais que je ne m'aime plus du tout j'ai l'impression que plus personne ne m'aime. » verbatim 3.

3.3.6 la caractérisation de la maladie

Concernant l'ancienneté, la plupart des patients, sans distinction catégorielle parviennent à préciser le moment où ils se sont sentis obèses.

Certains mentionnent une date butoir avec un événement de vie, d'autres disent qu'ils ont toujours été gros et plusieurs expliquent que la prise de poids a commencé après 50 ans.

La question de la biométrie est très peu soulevée. Aucun n'évoque le terme d' IMC.

Un seul patient a remarqué que l'obésité pouvait être une maladie.

Beaucoup de patients nous ont expliqué avoir eu des fluctuations dans leur prise de poids, avec souvent une reprise du poids perdu après un régime ou après une hospitalisation sans distinction catégorielle.

« Je suis revenu l'année dernière, j'ai reperdu mais j'ai repris en un an ce que j' avais perdu. » verbatim 2.

3.3.7 le rapport aux autres

Les difficultés dans le rapport à autrui sont exprimées par la plupart des patients, mais de manière un peu plus importante chez les patients en couple.

Le sentiment d'être hors norme est très développé, de manière prépondérante chez les femmes, en couple et vivant en milieu rural.

« C'est une personne qui a dépassé les normes physiques imposées par notre siècle. » verbatim 3.

Tableau 8: codage matriciel.

catégorie	Sexe F	Sexe M	IMC > 35	IMC < 35	> 40 ans	< 40 ans
codes						
Activités physiques	8	9	10	7	10	7
Cause alimentaire	7	11	11	7	13	7
Cause environnementales	14	11	13	14	18	9
Causes iatrogènes	14	9	18	5	21	0
Causes organiques	12	8	15	3	14	6
Causes psychologiques	20	15	23	14	22	17
Erreurs diététiques	14	14	19	9	22	4
gourmandise	14	8	6	14	14	4
hyperphagie	12	4	11	5	14	0
Pas de cause	0	21	13	10	8	15
sédentarité	4	9	7	6	9	4
Bénéfice secondaire	0	3	3	0	3	0
Conséquences médicales	17	16	16	17	21	12
Conséquences sociales	23	21	21	23	30	14
couple	9	9	8	10	7	11
habillement	16	17	19	12	24	9
handicap	8	12	8	12	14	8
isolement	10	6	8	6	7	7
Auxiliaire de vie	3	0	3	0	3	0
diabétologue	3	4	4	3	4	3
diététicien	4	5	7	0	7	0
Médecin traitant	9	5	11	3	12	0
psychiatre	3	3	4	0	4	0
ancienneté	20	18	22	16	30	6
apparence	12	14	19	7	12	14
biométrie	5	3	3	5	6	0
maladie	0	3	0	3	3	0
modification	11	8	11	8	17	0
motivation	13	17	22	8	16	14
phases	21	25	29	19	33	11
stagnation	0	8	5	5	8	0
synonyme	15	19	20	14	24	10
Type d'obésité	8	5	6	7	8	5
Appartenance à un groupe	8	7	11	0	11	0
éducation	5	5	5	5	6	4
norme	24	14	26	14	29	9
Rapport à autrui	23	20	30	13	29	14
acceptation	11	12	18	5	13	10
addiction	4	0	4	0	4	0
ambivalence	0	3	3	0	0	3
colère	12	16	19	7	13	15
croyance	16	8	10	14	17	7
cuisiner	8	7	4	9	9	4
culpabilité	11	5	11	5	11	5
dégoût	3	0	0	3	0	3
déni	7	5	3	9	10	0
frustration	8	9	14	3	14	3
Non acceptation	16	14	22	6	19	11
Plaisir alimentaire	15	11	12	12	18	6
privation	0	8	8	0	8	0
réconfort	13	0	8	7	13	0
renoncement	9	14	13	10	20	3
Vécu douloureux	16	24	26	12	25	15
Activités physiques	8	9	10	7	10	7
hospitalisation	16	15	21	8	20	7
médicaments	3	3	3	3	4	0
régime	22	26	38	8	34	14
traitement	5	3	5	3	5	3

catégorie	< bac	> bac	urbain	rural	célibataire	couple
codes						
Activités physiques	13	4	4	13	5	12
Cause alimentaire	7	13	5	15	5	15
Cause environnementales	19	6	10	17	8	17
Causes iatrogènes	17	6	14	9	17	6
Causes organiques	14	4	11	9	12	6
Causes psychologiques	25	8	15	24	13	22
Erreurs diététiques	20	10	11	17	11	17
gourmandise	15	5	9	11	9	11
hyperphagie	10	6	9	7	9	7
Pas de cause	21	0	5	18	5	18
sédentarité	11	0	8	5	9	4
Bénéfice secondaire	0	3	3	0	3	0
Conséquences médicales	29	4	12	21	15	18
Conséquences sociales	37	7	22	22	27	19
couple	13	5	0	16	0	16
habillement	27	4	14	17	18	13
handicap	17	3	12	8	11	11
isolement	12	0	6	10	7	9
Auxiliaire de vie	3	0	0	3	3	0
diabétologue	4	3	4	3	3	4
diététicien	4	5	5	4	5	4
Médecin traitant	11	3	9	5	9	5
psychiatre	4	0	0	4	0	4
ancienneté	25	13	11	27	15	23
apparence	19	7	7	17	7	17
biométrie	5	3	3	5	3	5
maladie	3	0	0	3	0	3
modification	15	4	16	3	16	3
motivation	23	7	11	19	13	17
phases	29	17	22	24	20	26
stagnation	5	5	0	8	0	8
synonyme	28	6	14	18	17	17
Type d'obésité	6	7	3	8	3	8
Appartenance à un groupe	8	7	7	8	8	7
éducation	7	3	4	6	5	5
norme	29	11	10	26	17	23
Rapport à autrui	34	9	14	29	15	28
acceptation	19	4	10	13	10	13
addiction	4	0	3	3	3	3
ambivalence	3	0	0	3	0	3
colère	21	3	6	20	6	18
croyance	19	5	9	15	10	14
cuisiner	11	0	7	8	8	7
culpabilité	11	5	0	14	5	11
dégoût	3	0	0	3	0	3
déni	9	3	6	6	6	6
frustration	14	7	8	9	13	4
Non acceptation	22	6	9	21	10	20
Plaisir alimentaire	20	4	12	12	11	13
privation	7	7	8	0	8	0
réconfort	8	7	4	11	5	10
renoncement	16	7	16	7	17	6
Vécu douloureux	33	3	20	20	21	19
Activités physiques	13	4	4	13	5	12
hospitalisation	20	11	10	19	11	18
médicaments	4	0	3	3	3	3
régime	38	16	28	22	29	21
traitement	5	3	4	4	4	4

Le chiffre correspond au nombre de fois où le code est exprimé.

La fréquence d'expression est surlignée en couleur:

Verte, lorsque l'idée est très peu exprimée: < 5.

Jaune: de 5 à 10, lorsqu'elle est peu exprimée.

Vermillon clair: de 10 à 15, lorsqu'elle est moyennement exprimée.

Vermillon: 15 à 20.

Rouge: >20, lorsqu'elle est très exprimée.

III DISCUSSION

1. Les autres travaux traitant des représentations de l'obésité

Les représentations de l'obésité ont été abordées sous différents aspects.

Tout d'abord dans des ouvrages récemment parus.

Dans *Les métamorphoses du gras*, Georges Vigarello décrit les représentations du « gras » du moyen âge à nos jours. (25)

Julia Csergo traite des représentations sociales de l'obésité dans son livre *Trop gros? l'obésité et ses représentations*, ainsi que Jean Pierre Poulin dans *La sociologie de L'obésité*.

Les représentations y sont décrites à partir des données de la littérature et d'évènements médiatiques récents. (26)

Il ne s'agit pas d'étude clinique.

Une étude a traité des *représentations de soi et vécu de l'espace chez des sujets obèses sévères en attente de chirurgie bariatrique* (Annales médico-psychologiques).

Il s'agissait d'un travail de recherche en psychologie clinique de la santé, très ciblé, utilisant une double démarche quantitative d'une part avec l'utilisation d'échelles cliniques (obésité, anxiété et dépression), qualitative d'autre part avec la méthode de Rorschach.

Les auteurs de cette étude retiennent une représentation de soi atypique et altérée. (27)

Une étude qualitative australienne s'est intéressée à la manière dont les personnes obèses percevaient et répondaient aux différentes stigmatisations de leur état.

Des entretiens semi directifs ont été utilisés, 141 personnes obèses incluses dans l'étude.

Trois types de stigmatisation ont été mis en évidence (directe comme une gêne dans les transports, environnementale et indirecte comme le jugement d'autrui). Il s'avère que ces stigmatisations sont génératrices de situation d'handicap et de mal-être. (29)

2 .Le choix de la méthode et les limites de l'étude

Notre étude a permis de mettre en évidence les représentations que les patients obèses ont de leur maladie. La seule méthodologie permettant de répondre à la question était la méthode qualitative.

La population:

Nous avons choisi d'utiliser des focus groups. Ils permettent les interactions entre les personnes et ainsi augmentent le nombre d'idées émises.

L'entretien semi directif individuel n'a pas été autant productif en idées que les focus groups.

La quasi totalité des patients (22 sur 23) ayant participé à l'étude, était hospitalisée.

Il était en effet beaucoup plus aisé d'organiser des entretiens de plusieurs patients d'un même établissement que de regrouper des patients en ambulatoire.

On s'est alors interrogé sur la possibilité d'un biais induit.

Nous avons donc réalisé un entretien individuel semi directif d'une patiente obèse non hospitalisée pour évaluer si des idées différentes étaient émises.

Aucun nouveau code n'a été créé à la suite de cet entretien.

Préalablement à l'étude, nous nous sommes demandés quel impact les entretiens pouvaient avoir sur des patients potentiellement psychologiquement fragiles.

Les questions de notre guide d'entretien étaient ouvertes et générales, chacun était libre de répondre et de raconter ce qu'il désirait, des anecdotes, ses sentiments, son ressenti au moment où il désirait s'exprimer.

Il s'avère qu'après chaque entretien, les patients nous ont chaleureusement remerciés. Ils ont exprimé leur gratitude devant l'intérêt que nous portions à leurs expériences.

Ils ont même affirmé leur volonté de participer à des groupes de paroles.

Des affinités se sont créées lors des entretiens, des patients ont été étonnés du ressenti des autres participants, émus par leurs récits,

intéressés par le vécu des autres patients, qui présentait des similitudes avec leur propre histoire.

Les 23 patients obèses ayant participé aux entretiens étaient tous volontaires.

Les 2 critères de sélection étaient un IMC supérieur ou égal à 30 et l'aptitude à s'exprimer .

Les patients qui ont refusé les entretiens, l'ont fait exclusivement pour des problèmes d'emploi du temps (balnéothérapie, rééducation, consultations diverses).

Il n'y a donc pas de raison de penser que les patients non inclus pouvaient avoir des idées différentes des patients participants.

Pour la réalisation du codage matriciel, il est nécessaire de catégoriser les patients selon des caractéristiques qualitatives:

- IMC supérieur ou inférieur à 35
- Age supérieur ou inférieur à 40 ans
- niveau scolaire inférieur ou supérieur au bac
- lieu de vie rural ou urbain
- situation maritale: couple ou célibataire
- homme ou femme

La proportion homme/femme est respectivement 48 % et 52 %.

Ce qui est similaire à la population homme/femme dans la population française. (2)

La prévalence de l'obésité est plus importante chez les femmes dans la population française, 15,7 % contre 14,3 %. (2)

La proportion de patients ayant un IMC > 35 ou < 35 est respectivement de 56 % et 44 %.

Les $\frac{3}{4}$ des patients de l'étude ont plus de 40 ans.

17 ont plus de 40 ans (6 patients ont de moins de 40 ans).

L'âge moyen est de 50 ans.

On sait que la prévalence de l'obésité augmente avec l'âge (2), il est donc logique d'avoir une part plus importante de patient ayant un IMC supérieur à 35.

Si on avait pris comme référence 50 ans, en faisant 2 catégories +/- 50ans, on aurait eu 7 patients dans le groupes des moins de 50 ans contre 16 patients dans le groupe des plus de 50 ans.

On aurait eu de la même façon 2 groupes asymétriques.

En prenant 40 ans comme limite catégorielle pour le codage matriciel, nous avons pu cibler la population « jeune » en étudiant naturellement le contenu de ces résultats de façon qualitative.

Beaucoup plus d'idées (codes) sont émises par la catégorie « plus de 40 ans » sans qu'on puisse établir de conclusion.

Concernant le niveau d'étude, 3 seulement sur 23 avaient le baccalauréat.

On sait que le niveau d'instruction et la prévalence de l'obésité sont inversement proportionnels. (2)

De la même façon que pour l'âge, on ne doit donc pas comparer les résultats des 2 catégories « niveau scolaire < bac » et « niveau scolaire > bac », d'un point de vue quantitatif.

Les patients vivant en milieu rural (< 10 000) sont plus représentés dans cette étude.

On sait que dans les plus petites agglomérations, la prévalence de l'obésité est la plus forte (2).

Pour les catégories « couple » et « célibataire », 56 % sont en couple.

Nous n'avons pas trouvé de données épidémiologiques permettant de savoir quelle proportion d'obèses sont en couple.

Le codage matriciel:

Il s'agit de mettre en évidence l'importance de l'expression d'une idée en fonction des différentes catégories de patients.

Il est intéressant de savoir si telle ou telle idée est plus exprimée par les hommes ou les femmes, par exemple.

Ceci est possible grâce au logiciel informatique utilisé « N VIVO ».

Il faut toutefois pondérer notre interprétation des résultats du codage matriciel.

On ne peut pas généraliser ces résultats à la population d'obèse, notre échantillon n'étant que de 23 patients .

De toute manière, si le codage matriciel permet d'établir une tendance, afin de montrer que l'idée est émise de façon importante ou non, Il ne génère pas de données quantitatives.

3.les représentations de l'obésité par les patients les points les plus fréquemment abordés

Concernant les causes:

Les patients ont admis de façon importante manger gras, sucré et souvent en dehors des repas.

Certains évoquent des troubles du comportement alimentaire en décrivant des crises de boulimie.

Les causes environnementales et psychologiques sont souvent citées.

Beaucoup de patients ont parlé de leur activité professionnelle en décrivant des accidents du travail et même le harcèlement au travail.

Le deuil également a été énoncé de façon redondante et était un point commun à beaucoup de patients.

L'absence de cause est fortement exprimée et exclusivement par des hommes.

Selon les données de la littérature, les désordres psychologiques peuvent induire une prise de poids par le biais de trouble du comportement alimentaire. (7)

En revanche, l'absence de cause qui pourrait faire évoquer le caractère inné, donc génétique de l'obésité, est discutable.

En effet les formes d'obésité causées par des anomalies génétiques dans le cas des anomalies monogéniques ou syndromiques sont très rares. (5)

Plus fréquemment, dans les cas d'obésité polygénique, les porteurs ne sont pas tous obèses et l'interaction avec les facteurs environnementaux délétères est nécessaire. (5)

En fait, les patients ont souvent décrit des apports alimentaires inadaptés mais incriminent les causes externes, comme le stress, le harcèlement au travail, un accident du travail ou des médicaments.

Concernant les conséquences:

Les patients ont été interrogés sur les éventuelles conséquences de l'obésité en générale.

Les incapacités et situations d'handicap citées, le sont principalement en relation avec les troubles rhumatologiques et la dyspnée d'effort.

Le diabète a été évoqué, tantôt comme cause par le biais essentiellement d'une iatrogénie insulinique dénoncée, tantôt comme conséquence de leur prise de poids.

Les problèmes cardiovasculaires sont rarement évoqués et le sont de manière imprécise.

Aucun n'a évoqué l'infarctus du myocarde ni même l'artériopathie des membres inférieures.

Il semblerait que les patients ne soient pas bien informés des conséquences de l'obésité.

Une patiente a évoqué la diminution de l'espérance de vie, avec juste raison. En effet une analyse réalisée à partir de l'étude de Framingham montre que l'obésité à l'âge de 40 ans est associée à une réduction de l'espérance de vie de 6 à 7 ans chez les hommes et les femmes, fumeurs et non fumeurs. (30)

Dans une autre étude réalisée à partir des études de *National Health and Nutrition Examination Survey*, il a été montré que chez les sujets ayant un IMC supérieur à 45 à l'âge de 20 à 30 ans, le nombre d'année de vie perdue était de 8 chez les femmes et de 13 chez l'homme. (30)

Dans notre étude, les patients sont d'avantage sensibles aux répercussions directes sur les activités de la vie quotidienne plutôt que sur les facteurs de risque cardiovasculaire. Les conséquences sociales sont mises en avant par l'ensemble des patients.

L'habillement est spontanément abordé dans tous les groupes, et cela même, avant de poser la question des conséquences de l'obésité.

Les patients semblent méconnaître les conséquences médicales liées à leur obésité, notamment les conséquences métaboliques et cardiovasculaires.

Est-ce une méconnaissance par manque d'information? On peut supposer que des patients hospitalisés sont informés.

Le sujet est largement médiatisé, mais les informations données sont elles de qualités?

S'agit il d'un déni? Les patients seraient informés mais rejetteraient une partie des informations.

Concernant le traitement:

Le thème de l'activité physique est globalement peu abordé

La plupart du temps, présenté comme une activité qu'ils ne peuvent plus réaliser.

Une patiente a admis faire du sport actuellement mais pas suffisamment.

Pour les autres, le peu de fois où l'activité physique a été abordée, il s'agissait pas d'une pratique régulière, mais l'évocation d'une activité passée.

Pourtant on sait que de manière générale, régime et exercice physique associés permettent une perte de poids plus rapide que le régime seul.

(6)

On peut se demander pour quelles raisons les patients ne pratiquent pas d'activité sportive.

Une méconnaissance de l'intérêt du sport dans leur traitement ?

Le fait qu'ils soient hospitalisés implique une information médicale.

La patiente ayant participé à l'entretien individuel a mentionné le fait que son médecin lui avait conseillé de faire du sport, notamment d'aller à la piscine. Cependant elle ne pratique pas, soucieuse du jugement de sa fille.

Des patients expliquent également éprouver une dyspnée d'effort, avoir des difficultés à se mouvoir du fait de leur obésité.

L'activité sportive n'est pas présentée par les patients comme une solution à leur problème de surcharge pondérale. En revanche l'incapacité à pratiquer un sport est décrite comme une conséquence de leur obésité.

Concernant le traitement médical, la question des régimes est très fortement évoquée. Beaucoup de patient expliquent avoir « essayé » plusieurs régimes sans succès ou grevés par une reprise du poids perdu.

En effet, la réussite de la prise en charge tient beaucoup à la modification du régime alimentaire, il conviendrait donc d'identifier les facteurs alimentaires et certains aspects du mode de vie nécessitant des modifications. (6)

De plus selon l'évaluation de l'ANSES, de Novembre 2010, 90 à 95% des patients soumis à un régime équilibré ou non, reprennent le poids perdu dans les 3 ans qui suivent. (31)

Les patients ont souvent entamé des régimes seuls. Certains ont même évoqué avoir réalisé plusieurs régimes. On sait que le fait de multiplier les régimes hypocaloriques et l'absence de contrôle médical sont néfastes. (31)

Concernant les intervenants:

Le rôle des intervenants est très peu énoncé. Ceci est d'autant plus surprenant que la quasi totalité des patients était hospitalisée pendant les entretiens.

Ils étaient donc encadrés par une équipe médicale et paramédicale spécialisée dans l'obésité.

Parallélisme avec la thèse du Dr Philippe Fayemendi: La prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes du départements de la Haute Vienne: difficultés rencontrés et suggestions d'amélioration. octobre 2012.

Dans notre étude, les causes psychologiques, les conséquences sociales, la norme, le rapport aux autres et le vécu douloureux font partie des représentations de l'obésité les plus exprimées par les patients.

Ces résultats placeraient donc l'axe psycho-comportemental de la prise en charge de l'obésité au premier plan.

Les médecins généralistes l'on bien perçus.

Lorsqu'on s'intéresse aux propositions d'amélioration de la prise en charge du patient obèse en médecine générale, on constate que l'amélioration de la prise en charge psycho-comportementale intervient en 4ème position des suggestions proposées.

La lutte contre la discrimination et la stigmatisation des patients obèses est placée en 7ème position. (32)

De plus, dans notre étude, les patients ne semblent pas considérer leur obésité comme une maladie.

Ils ne sont pas sensibilisés aux normes anthropométriques de base, aucun n'a mentionné le terme d' IMC.

L'activité physique a très peu été citée comme faisant partie du traitement.

L'absence de cause et les causes psychologiques sont mises en avant.

Peu de patients remettent en cause leurs habitudes alimentaires.

Dans l'étude sur la prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes, le mauvais suivi des conseils d'activités physiques par les patients et le manque de motivation ou le désintérêt pour son problème d'obésité sont les deux propositions de difficulté de prise en charge exprimées par les médecins généralistes. (32)

Concernant la caractérisation de la maladie:

Le terme d' IMC n'est pas mentionné.

Un seul patient a exprimé que l'obésité pouvait être une maladie.

Mais si c'est pas une maladie, alors c'est quoi?

Lorsqu'on leur demande de définir ce qu'est pour eux une personne obèse, ils répondent: fort, gros, rond, enrobé, enveloppé.

L'obésité confère une force, une protection contre les attaques extérieures, un mécanisme de défense.

De plus la notion de norme est très exprimée. L'obèse serait « hors norme ».

Pour les patients, « être obèse » signifie avoir dépassé les normes imposées par la société.

Concernant le ressenti et le rapport à autrui:

Certains prétendent ne pas tenir compte du regard d'autrui, mais pour la plupart des patients, le regard des autres est à l'origine d'isolement et d'une profonde souffrance.

Jugé désapprouvateur, culpabilisant et méchant, il pèse véritablement sur la vie des patients.

Le ressenti, marqué principalement par le vécu douloureux, est également fait de colère et de non acceptation.

Enfin on peut se demander si les représentations que les patients obèses ont de leur maladie ne seraient pas un obstacle au succès de la prise en charge.

La méconnaissance des conséquences, l'externalisation des causes, l'absence d'exercice physique, la sous estimation du rôle des différents intervenants médicaux et para médicaux, la caractérisation l'obésité comme une norme sociale que l'on aurait dépassée, sont autant d'éléments qui vont à l'encontre d'une bonne prise en charge.

CONCLUSION

Cette étude qualitative a permis de mettre en évidence les représentations de l'obésité par les patients.

Selon les patients, les causes de l'obésité sont liées essentiellement à des troubles psychologiques, des évènements de vie ou des causes extérieures d'ordre professionnel.

Certains énoncent des troubles du comportements alimentaires avec une appétence pour les corps gras et les aliments à index glycémique élevé.

Les patients estiment que leur obésité a beaucoup de conséquence dans leur vie quotidienne.

Les conséquences médicales majoritairement énoncées sont d'ordres rhumatologiques et respiratoires souvent en relation avec des situations d'handicap.

Les maladies cardiovasculaires sont peu citées.

Les patients ont d'avantage exprimé des difficultés sociales dans le rapport à autrui à type de stigmatisation, un vécu douloureux avec le sentiment, souvent, d'être en dehors des normes que leur impose la société.

Les patients se sont peu exprimés à propos des différents intervenants de leur prise en charge, tels que les diététiciens, médecins généralistes et spécialistes en psychiatrie et en endocrinologie.

Concernant leur traitement, beaucoup d'entre eux ont témoigné avoir essayé de nombreux régimes.

L'activité physique, l'approche psycho-comportementale, les traitements médicamenteux et chirurgicaux ont été des thèmes très peu abordés.

Pour la quasi totalité des patients, l'obésité n'est pas une maladie. Ils ont tous eu des difficultés pour définir l'obésité. Aucun n'a évoqué le terme d'Indice de Masse Corporelle.

Tous ces éléments peuvent constituer des pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge de l'obésité, notamment en mettant l'accent

sur l'approche psycho-comportementale, l'éducation thérapeutique, et en particulier la promotion de l'activité physique.

ANNEXES

ANNEXE 1:

Guide d'entretien:

1° Que signifie pour vous le mot obésité?

2° Depuis quel âge vous sentez vous obèse?

Quel est votre parcours depuis le début de votre obésité?

Qu'avez vous fait pour prendre en charge votre obésité jusque là?

3° Comment définiriez vous votre rapport à la nourriture?

4° Quel rapport avez vous avec votre obésité?

5° Quels sont ,selon vous, les inconvénients de l'obésité? (médicales, sociales...)

6° Comment pensez vous que les autres vous considèrent?

ANNEXE 2

Fiche de renseignement à remplir par le patient:

nom, prénom :

age:

poids:

taille:

sexe:

niveau d'étude CAP/BEP Bac Bac+2 études
supérieures

profession:

commune d'habitation: < 2000 2000-10000 >10000

Structure familiale: marié enfants ()

Je déclare, par la présente, avoir été informé(e) que le groupe d'échange de parole auquel je participe, est enregistré et sera utilisé de façon anonyme pour le travail de thèse qualitative de l'interne Virginie Martin.

Date:

lieu:

nom:

prénom:

signature:

ANNEXE 3:

Tableau de caractéristiques des patients de l' étude.

	âge	poids	taille	IMC	Sexe	niveau d'étude	profession	commune	structure familiale	enfant
Patient 1	57	103,4	1,56	42	F	Certificat d'étude	standardiste	> 10 000	Célibataire	3
Patient 2	62	119,4	1,68	42	M	BAC + 2	retraite	< 2000	marié	5
Patient 3	45	120	1,58	48	F	CAP/BEP	esthétique/cosmétique	< 2000	Célibataire	0
Patient 4	58	119	1,65	43	M	BAC	électrotechnicien	> 10 000	Célibataire	4
Patient 5	56	114	1,59	45	F	CAP/BEP	ATSEM école maternelle	< 2000	veuve	3
Patient 6	57	114	1,72	38	M	CAP/BEP	chef d'entreprise	> 10 000	marié	2
Focus 2										
Patient 7	27	123	180	38	M	CAP/BEP	jardinier/ agent FPT	> 10 000	marié	2
Patient 8	47	115	176	37	M	CAP/BEP	OUVRIER	2000-10000	marié	2
Patient 9	62	103	172	35	M	<	routier	< 2000	marié	0
Patient 10	62	86	162	32	F	BAC	retraite	2000-10000	marié	2
Patient 11	40	78	160	30	F	CAP/BEP	Peintre en bâtiment	< 2000	marié	2
Patient 12	21	107	181	33	F	CAP/BEP	sans emploi	< 2000	concubinage	0
Patient 13	23	151	192	41	M	CAP/BEP	sans emploi	< 2000	Célibataire	0
patient 14	60	129	185	38	M	CAP/BEP	jardinier/ agent FPT	< 2000	marié	3
Patient 15	55	138	172	47	F	CAP/BEP	retraite	< 2000	marié	3
Focus 3										
Patient 16	58	101	172	34	M	CAP/BEP	auto entrepreneur	> 10 000	celibataire	0
Patient 17	51	100	175	33	M	CAP/BEP	maintenance informatique	> 10 000	celibataire	3
Patient 18	33	106	173	35	F	CAP/BEP	AS	< 2000	marié	2
Patient 19	59	145	165	53	F	CAP/BEP	INVALIDITE	< 2000	Célibataire	3
Patient 20	70	85	160	33	M	CAP/BEP	retraite	> 10 000	Célibataire	0
Patient 21	61	90	173	30	F	BAC + 2	IDE	< 2000	marié	1
Patient 22	65	108	154	45	F	CAP/BEP	retraite	< 2000	marié	3
patient 23	53	123	164	45	F	CAP/BEP	sans emploi	2000-10000	marié	1

ANNEXE 4: extraits du verbatim 1

FOCUS GROUPE N°1

15/03/2012

Hospitalisation de semaine à Tulle

Animateur: Dr Menard

Observateur1: Pr Dumoitier

Observateur2: Virginie Martin

Anim:

La première question, c'est: que signifie pour vous le mot obésité?

Qui veut commencer?

F: Pour moi ça signifie surpoids, grosseur, une personne un peu, un peu ... grosse, un peu forte, beaucoup même. Voilà qui a dépassé certaine norme.

Anim: Voilà vous avez une idée vous de la norme? Ou simplement c'est..

F: Moi j'ai une idée de la norme, mais après moi, ..moi c'est difficile parce qu'il y a des personnes qui portent mieux le poids que d'autres et des personnes qui sont obèses, euh ..., sans être forcément très très.. fortes mais si elles portent le poids sur les hanches, le ventre, automatiquement, ça fait une forme d'obésité et d'autres personnes qui sont plus grandes , qui sont en surpoids mais le poids est mieux réparti, enfin pour moi j'ai pas de norme, médicalement je sais qu'il y a des normes la dessus mais moi, moi je me sens, personnellement, euh..., je me sens entre les 2, je me sens pas complètement obèse mais je me sens un peu obèse quand même.

Anim: d'accord

F: Voilà

Anim: Qui veut ... donc que signifie pour vous le mot obésité? Vous allez chacun dire ce que ça représente?

N: Moi je me sens obèse parce que j'ai pris vraiment surtout le bas, donc ça se voit beaucoup plus, je pense, que ceux qui prennent du haut et il y a plus de difficulté pour s'habiller et tout ... pour moi une personne obèse, c'est une personne qui a du mal à se déplacer,.. voilà,.. où on se retourne souvent sur elle.

Anim: donc il y a une notion un peu de Handicap?

N : oui.

Anim: d'accord.

Y: Moi c'est surtout les douleurs qu'on a par rapport au poids, on a mal partout, les genoux, les chevilles, on a vraiment un gros handicap.

Anim: la question c'était le mot obésité...

Y: c'est gros

Anim: d'accord,

Y: gros, rond

C: Vous venez de tout dire... *hésitation*... pour moi c'est pareil, quelqu'un qui est gros, donc.. .c'est quelqu'un qui est gros, qui est pas bien dans sa peau, donc, ..., on sait que les gens vous regardent donc on est pas bien.

Anim: D'accord, *regarde B*

B: Ben, je vois que tout le monde a tout dit c'est la même chose pour chacun d'entre nous, on se trouve déjà de l'image que l'on a de nous même en s'habillant, on a tout de suite l'impression de pas être dans les tailles qui se vendent dans les magasins, on a pas l'impression quand on passe dans un magasin et qu'on regarde les choses, on dit tient tout de suite celui là c'est un gourmand parce qu'il regarde mieux les choses que nous et parce qu'il le montre par le fait déjà d'approcher plus facilement la valeur du manger qui peut être mis en évidence, par le fait qu'on a un volume, et puis en fin de compte, on se prive, c'est pas tout à fait la

même chose, voilà pour moi l'obésité c'est un regard des autres, qui a été différent, parce qu'au départ j'étais pas comme ça.

Anim: d'accord. Est ce que quelqu'un a quelque chose à rajouter sur cette signification du mot obésité...

F: Moi, je pense qu'il y a des personnes dans mon entourage qui le vivent mieux que d'autres, qui se sont adaptées, qui ont su assimiler, qui ont accepté, et puis il y en a d'autres qui acceptent moins, alors ceux qui ont accepté, le regard des uns et des autres ils en ont rien à faire. Le problème de cet habillement, ils se sont adaptés, après il y a le problème des douleurs, ça c'est autre chose, mais sur la vue, j'en connais qu'ils l'ont très bien accepté. Moi je l'ai mal accepté, je dirais même très mal, et je rejoins un peu tout le monde la vue des gens me gêne quoique, quoique, ce qui me gêne le plus c'est quand je veux m'habiller, et là je me mets en colère et j'ai des propos qui sont parfois déplacés vis à vis du marchand de vêtements où j'arrive à lui dire, il faut arrêter d'habiller que des fiotes, ils faux habiller des hommes !! Ben il rigole, lui il a l'impression que moi je suis pas un homme normal, *RIRES*, ..., l'habillement pour moi c'est important.

Et après je pense;..., mais ça reste complètement personnel après je sais pas les uns et les autres, je sorts de ce qu'on a dit, je pense qu'il y a un problème aussi qui commence à ce créer au niveau de mon couple, et c'est peut être ce qui me fait aujourd'hui agir et être là.

Anim: merci, ..., vous êtes partis dans un certains nombres de choses, dans les questions qu'on va poser après, donc après ce mot obésité, **je vais vous demander depuis quel âge vous vous sentez obèses?**

Il y a un moment où vous avez pris conscience que vous étiez obèses , à quel âge?

N: mmh,..., c'est récent, c'est depuis un problème d'harcèlement, donc moi je fais le yoyo je perds je reprends, dès que je suis stressée je reprends...

Anim: Depuis quel âge alors?

N: j'ai eu mon harcèlement je devais avoir 34, 35 ans, ça fait une dizaine d'années que je suis comme ça, je perds je reviens à un poids tout à fait normal dès que je suis stressée où énervée, ça monte en flèche.

Anim: c'est depuis l'âge de 34 ans que vous vous êtes dit je suis obèse...

N: Ah non! J'étais très fine avant, mais suite au harcèlement, j'ai pris 50 kg en 3 mois, et c'est ce que je fais régulièrement je prends et reprends 50 kg et je le repère...

Anim: d'accord..

N:...Mais là je sais que je suis obèse là, parce que je suis arrivée au maximum.

Anim: d'accord, Y...?

Y: Ben Y... , elle rejoint un peu N... puisque c'est du au stress, j'ai pris 30 kg d'un coup, ça fait 4 ans... et je peux plus les perdre je fais du yoyo comme on dit.

Anim: D'accord, c'est à partir de là que vous vous êtes sentis obèses, et donc vous aviez quel âge?

Y: et bien il y a 4 ans j'en avais 52.

Anim: très bien

C: alors moi j'ai toujours été forte. Depuis toute petite que je me souviens j'ai toujours été forte et j'ai toujours entendu dire ça changera quand elle sera plus grande .C'est les glandes qui fonctionnent pas c'est ceci c'est cela,..., mais on s'est jamais vraiment occupé de mon problème et disons que plus les années ont passé j'ai maigri, j'ai grossi, je fais comme tout le monde, après les grossesses j'ai gardé des kilos, j'ai eu beaucoup de mal à perdre, et puis là depuis quelques années, bon j'ai eu pas mal de problèmes, beaucoup de stress, et là je me suis mise à grossir en flèche.

Anim: Donc finalement, vous vous êtes sentis obèse vers quel âge?

C: je me sens obèse maintenant

Anim: c'est récent?

C : maintenant, je me sens obèse car j'ai atteint un poids que jamais j'ai eu, même avec mes grossesses, là je suis arrivée à un poids, c'est pas possible, là je suis obèse.

Anim: donc c'est récent, vous aviez quel âge, alors ?

C: *RIRES*, 58 ans

Anim: je suis indiscret.

C: non, mais il y a pas de problème

N: moi aussi c'est récent, ça fait 6 mois

B: J'ai toujours été d'une structure forte, toujours au dessus du poids normal, mais qui m'a servi depuis de nombreuses années parce que j'avais un métier qui me,...quand on me voyait on avait plutôt l'impression qu'il fallait qu'on m'évite. donc ça m'a servi. Puis j'ai eu des accidents, 2 accidents importants où matériellement et humainement, ça n'a pas été bien grave mais ça a déclenché des facteurs où l'obésité s'est enclenchée suite à des traitements, suite à diverses étapes, de la sécurisation de ma santé au départ, et puis ça n'a jamais pu être tourné en sens inverse donc quand j'ai aperçu que j'ai augmenté de 40 à 50 kg en 7 ans. Il a fallu que je fasse quelque chose et de ce fait je me suis mis à traiter ce problème là qui au départ ne me gênait pas dans l'obésité apparente et même dans mon travail, mais là ça me gêne parce que j'ai pas envie de ...

BIBLIOGRAPHIE

1)« OMS | Obésité et surpoids ». *WHO*, centre des Médias, aide mémoire n°311, mai 2012

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html>.

2)Enquête Inserm/kantar Health/Roche. « OBEPI 2012 », www.roche.fr

3)Thibaut de saint Pol, division condition de vie des ménages, Insee. « L'Obésité en France: les écarts entre les catégories sociales s'accroissent. » *Insee Première* N° 1123 (février 2007).

4)Rémi Rabasa-Lhoret (association de langue française pour l' étude du diabète et des maladie métabolique) « Prévalence de l'obésité aux Etats Unis, données récentes et comparaisons aux données antérieures » adapté de Flegal KM et Al Jana 2002. www.Alfediam.org

5)Chirila, Ana, Bénédicte Gaborit, Pierre E. Morange, Anne Dutour, et Sandrine Boullu-Ciocca. « Que faire de la génétique de l'obésité en pratique clinique? » *La Presse Médicale* 39, no. 9 (septembre 2010): 921-929.

6)De Bandt, Jean-Pascal. « Nutrition et Obésité ». *Nutrition Clinique et Métabolisme* 18, no. 3 (septembre 2004): 147-155.

7)Basdevant, Arnaud. « L'obésité: origines et conséquences d'une épidémie ». *Comptes Rendus Biologies* 329, no. 8 (août 2006): 5624)

8)Basdevant, Arnaud « Obésité: Regard médical, regard societal ». *Revue Francophone des Laboratoires* 2007, no. 389, Supplement 1 (février 2007): 7-9.-569.

9)HAS services des recommandations professionnelles. « Prise en charges des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle » Actualisation 2005.

10)Laville, Maurice. « Conséquences rénales de l'obésité ». *Néphrologie & Thérapeutique* 7, no. 2 (avril 2011): 80-85.

11)Ministère des affaires sociales et de la santé. « Plan Obésité 2010-2013 », www.sante.gouv.fr

12)Quilliot, Didier, Gaelle Roché, Halle Mohebbi, Marie-Aude Sirvaux, Philip Böhme, et Olivier Ziegler. « Prise en charge de l'obésité de l'adulte ». *La Presse Médicale* 39, no. 9 (septembre 2010): 930-944.

13)A Golay, M Fossati, M Volery, et A Rieker. « Approche comportementale et cognitive de la personne obèse » (s. d.).Diabetes and metabolism, vol 27, N°1, mars 2001, p 71. <http://www.em-consulte.com/article/79978>

14)Clere, Nicolas. « À chacun son régime ». *Actualités Pharmaceutiques* 47, no. 474 (mai 2008): 29-30.

15)Dansinger, M.L., J.A. Gleason, J.L. Griffith, H.P. Selker, et E.J. Schaefer. « Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: A

randomized trial ». *ACC Current Journal Review* 14, no. 4 (avril 2005): 19.

16) Schlienger, J.-L., F. Luca, et A. Pradignac. « Quoi de neuf dans la prise en charge de l'obésité? » *La Revue de Médecine Interne* 31, no. 3 (mars 2010): 185-187.

17) Merrouche, M., et B. Coffin. « Obésité: prise en charge, indications et méthodes du traitement endoscopique et chirurgical ». *EMC - Hépatogastroentérologie* 2, no. 3 (juillet 2005): 189-200.

18) Sébastien Faure. « Une nouvelle cible pour le traitement de l'obésité? » *Actualités pharmaceutiques*. N°493. Février 2010.

19) AFFSAPS. « Rimonabant, Acomplia° » données techniques , 10 avril 2009.

20) AFFSAPS. « les Médicaments utilisés comme adjuvants des régimes amaigrissants » données techniques , 10 avril 2009.

21) AFFSAPS. « Orlistat(Xénical°120mg, ALLI°60mg » données techniques , 10 avril 2009.

22) AFFSAPS. « Sibutramine (sibutral°) » données techniques , 10 avril 2009.

23) Jacobi, David, Rodolphe Buzelé, et Charles Couet. « Peut-on parler de pandémie d'obésité ? » *La Presse Médicale* 39, no. 9 (septembre 2010): 902-906.

24)Régnauld, Félix. « La représentation de l'obésité dans l'art préhistorique ». *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris* 3, no. 1 (1912): 35-39.

25)George Vigarello . « les Métamorphoses du Gras, histoire de l'obésité », édition Seuil, mars 2010.

26)Julia Csergo. « Tros gros? L'obésité et ses représentations ». Edition Autrement, collection Mutations n°254, 2009.

27)Claudon, Philippe, Gaëlle Roché-Bauchet, Brigitte Guirkinger, Joelle Lighezzolo-Alnot, et Olivier Ziegler. « Représentation de soi et vécu de l'espace corporel chez des sujets obèses sévères en attente de chirurgie bariatrique ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, no. 0 (s. d.).

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448712001540>.

28)Poulain, J. P. « les dimensions sociales de l'obésité ». *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 14, no. 3 (mai 2001): 185-186.

29)Lewis, Sophie, Samantha L Thomas, R Warwick Blood, David J Castle, Jim Hyde, et Paul A Komesaroff. « How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study ». *Social Science & Medicine* (1982) 73, no. 9 (novembre 2011): 1349-1356.

30) HAS, recommandations de bonne pratiques. Note de cadrage, Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours.

Services des bonnes pratiques professionnelles, mai 2010.

31) ANSES. Evaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. Rapport d'expertise collective. Edition scientifique. Novembre 2010.

32) Philippe Fayemendi. La prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes du département de la haute vienne : difficultés rencontrées et suggestions d'amélioration. Thèse. 3 octobre 2012.

TABLES DES MATIERES

REMERCIEMENTS	page 10
GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS	page 13
SOMMAIRE	page 14
INTRODUCTION	page 18
PREMIERE PARTIE	page 19
I DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE	page 19
1. DEFINITION	page 19
2. EPIDEMIOLOGIE	page 20
2.1 données Insee 2007	
2.2 étude OBEPI 2012	
II PHYSIOPATHOLOGIE	page 29
1. LES CAUSES	page 29
1.1 les anomalies génétiques	
1.2 les anomalies du tissu adipeux	
1.3 l'excès d'apport énergétique	
1.4 les causes psychologiques	
1.5 les causes sociétales et environnementales	
2. LES CONSEQUENCES	page 33
2.1 l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires	
2.2 les conséquences rénales	
2.3 les conséquences respiratoires	
2.4 les conséquences métaboliques	
2.5 les conséquences rhumatologiques	
2.6 autres conséquences	
III LA PRISE EN CHARGE	page 36
1. PLAN OBESITE	page 36

2. BILAN DE L ' OBESITE	page 36
1.1 l'anthropométrie	
1.2 l'histoire pondérale	
1.3 l'évaluation du bilan énergétique	
1.4 l'analyse du comportement alimentaire	
1.5 le bilan des comorbidités	
3. LE REGIME ALIMENTAIRE	page 39
2.1 les principes	
2.2 le niveau restrictif	
2.3 la stratégie diététique	
2.4 les différents types de régimes	
2.5 étude comparative concernant 4 régimes	
4. LE TRAITEMENT COMPORTEMENTAL	page 43
5. L'ACTIVITE PHYSIQUE	page 44
6. LES TRAITEMENTS CHIRURGICAUX	page 45
7. LES TRAITEMENTS MEDICAUX	page 45
IV LES REPRESENTATIONS DE L'OBESITE	page 47
1. LES REPRESENTATIONS DANS L'HISTOIRE	page 47
1.1 la Préhistoire	
1.2 l'Antiquité	
1.3 le Moyen âge	
1.4 la Renaissance	
1.5 le siècle des lumières	
1.6 le XIX e siècle	
1.7 le XX e siècle	
2. LES REPRESENTATIONS SOCIALES DE L'OBESITE	page 50
DEUXIEME PARTIE: L'étude qualitative	page 53
I MATERIEL ET METHODE	page 52
1. LES FOCUS GROUPS	page 52
2. L'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF	page 53
3. LE GUIDE D'ENTRETIEN	page 53
4. LA POPULATION	page 54

5. ANIMATION DES FOCUS GROUPS ET DE L' ENTRETIEN SEMI DIRECTIF	page 55
6. ANALYSE	page 55
6.1 le Verbatim	
6.2 le codage	
6.2.1 le codage descriptif	
6.2.2 le codage axial	
6.2.3 le codage matriciel	
II RESULTATS	page 57
1. LES ENTRETIENS	page 57
1.1 les focus groups	
1.2 l'entretien semi directif individuel	
2. LA RETRANSCRIPTION: LE VERBATIM	page 58
3. LE CODAGE	page 58
3.1 le codage descriptif	
3.2 le codage axiale: Quelles représentations les patients obèses ont-ils de leur maladie?	
3.2.1 les causes de l'obésité	
3.2.2 les conséquences de l'obésité	
3.2.3 les intervenants dans la prise en charge	
3.2.4 le traitement	
3.2.5 le ressenti	
3.2.6 le rapport aux autres	
3.2.7 la caractérisation de la maladie	
3.3 le codage matriciel: les points les plus fréquemment abordés selon les caractéristiques des patients	
3.3.1 les causes	
3.3.2 les conséquences	
3.3.3 les intervenants	
3.3.4 le traitement	
3.3.5 le ressenti	
3.3.6 le rapport aux autres	
3.3.7 la caractérisation de la maladie	
III DISCUSSION	page 86

CONCLUSION	page 96
ANNEXES	page 98
BIBLIOGRAPHIE	page 106
TABLE DES MATIERES	page 111
TABLE DES ILLUSTRATIONS	page 115
TABLE DES TABLEAUX	page 116
TABLE DES ANNEXES	page 117
SERMENT D'HIPPOCRATE	page 118
RESUME ET ABSTRACT DE L'ETUDE	

TABLES DES ILLUSTRATIONS

1. Indice de masse corporelle moyen selon le sexe et l'âge (insee)
page 20

2. Carte représentant la prévalence de l'obésité par zone géographique ZEAT (Insee)
page 22

3. Prévalence de l'obésité selon le milieu socio professionnel, le niveau de diplôme et le niveau de vie. (Insee)
page 24

4. Nombre de personnes obèses dans le monde en 2005
Prévalence de l'obésité chez l'homme dans le monde en 2005
Prévalence de l'obésité chez la femme dans le monde en 2005 (la documentation française)
page 28

5. statuette datant du paléolithique
page 47

6. La ceinture de Frank Braun en 1928
page 49

TABLES DES TABLEAUX

tableau 1: valeur de référence de l'IMC (OMS).....	page 19
tableau 2: prévalence du sous poids, du surpoids et de l'obésité en fonction du sexe en 1981, 1992, et 2003.(INSEE).....	page 21
tableau 3: IMC et tour de taille moyen (INSEE).....	page 26
tableau 4: dépenses énergétiques de repos selon l'OMS.....	page 38
tableau 5: niveau d'activité physique (OMS).....	page 38
tableau 6: caractéristiques de la population de l'étude.....	page 58
tableau 7: le codage descriptif.....	page 59
tableau 8: le codage matriciel	page 83

TABLES DES ANNEXES

ANNEXE 1: guide d'entretien

ANNEXE 2: questionnaire pour patients

ANNEXE 3: tableau de caractéristiques de la population

ANNEXE 4: extrait du verbatim 1.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

RESUME

QUELLES REPRESENTATIONS LES PATIENTS OBESES ONT ILS DE LEUR MALADIE ?

INTRODUCTION: La prévalence de l'obésité augmente. Ce problème de santé publique est devenu une priorité pour les médecins généralistes. Mais qu'en est-il de leurs patients ?

Quelles représentations les patients obèses ont-ils de leur maladie ?

MATERIEL ET METHODE: Cette étude qualitative s'est déroulée de mars à septembre 2012 en Limousin et dans l'Indre par le biais d'entretien de patients obèses en focus groups et en entretien individuel.

RESULTATS: 22 patients obèses adultes hospitalisés à l'hôpital de Tulle et à la clinique du Manoir en Berry ont participé à 3 focus groups. Un entretien individuel avec une patiente obèse a été réalisé à son domicile.

Les causes environnementales et psychologiques sont très largement exprimées même si l'absence de cause est souvent mise en avant par les patients de sexe masculin.

Le retentissement est principalement d'ordre social et psychologique, les conséquences médicales étant essentiellement rapportées aux incapacités induites par des problèmes rhumatologiques et respiratoires. Le terme d'IMC (indice de masse corporelle) n'est pas cité.

Les maladies cardiovasculaires sont très peu évoquées.

CONCLUSION: L'obésité des patients est marquée par leur vécu douloureux. Les patients obèses ont des difficultés à caractériser l'obésité comme une maladie et en méconnaissent les conséquences médicales.

MOTS CLES: médecins généralistes, patients obèses adultes, représentations, étude qualitative, causes environnementales et psychologiques, vécu douloureux

ABSTRACT

WHAT ARE OBESE PATIENTS REPRESENTATIONS OF THEIR DISEASE?

INTRODUCTION: The prevalence of obesity is increasing. This public health problem has become a priority for primary care physicians. But what about their patients?

What representations do obese patients have of their disease?

MATERIALS AND METHODS: This qualitative study was conducted from March to September 2012 in the Limousin and Indre through inclusion of obese patients in focus groups and individual interview.

RESULTS: 22 hospitalized obese adult patients in Tulle's hospital and clinic of Manoir en Berry participated in three focus groups. A personal interview with an obese patient was realized at his home.

Environmental and psychological causes are very widely expressed even if no cause is often advanced by male patients.

The impact is primarily social and psychological, medical consequences are reported essentially to disability caused by rheumatic and respiratory problems. The term BMI (body mass index) is not mentioned.

Cardiovascular diseases are very rarely mentioned.

CONCLUSION: Obesity is marked by a painful feeling. Patients are unaware of the health consequences of obesity and have difficulty in characterizing obesity as a disease.

KEYWORDS: GPs, obese adults, representations, qualitative study, environmental causes and psychological experience of pain