



HAL
open science

Intérêt pour les facteurs influençant un changement de mode de vie (activité physique et rééquilibrage alimentaire) chez les patients majeurs en surpoids et obèses dans l'objectif d'orienter l'éducation à la santé en médecine générale

Anne Revillion

► To cite this version:

Anne Revillion. Intérêt pour les facteurs influençant un changement de mode de vie (activité physique et rééquilibrage alimentaire) chez les patients majeurs en surpoids et obèses dans l'objectif d'orienter l'éducation à la santé en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04269568

HAL Id: dumas-04269568

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04269568>

Submitted on 8 Nov 2023

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

UFR DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2023

N° 2023-94

THESE DE MEDECINE GENERALE

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 14 septembre 2023

Par Anne REVILLION

Intérêt pour les facteurs influençant un changement de mode de vie (activité physique et rééquilibrage alimentaire) chez les patients majeurs en surpoids et obèses dans l'objectif d'orienter l'éducation à la santé en médecine générale.

Présidente du Jury : Monsieur le Professeur Louis JEHEL

Membres du Jury :

Monsieur le Docteur Manuel VINCENT

Monsieur le Docteur Marc BOCQUILLON

Monsieur le Docteur Steven MARTIN

Directrice de thèse : Madame le Docteur Elena DELLENBACH

Remerciements au Jury

A Monsieur le Professeur Louis JEHEL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie

Chef du Service de la consultation de psychiatrie et de psychologie médicale

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie de votre disponibilité.

Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Manuel VINCENT

Maître de Conférence Associé

Département de Médecine Générale

Coordonnateur adjoint de Médecine Générale

Vous acceptez d'évaluer mon travail. Soyez assuré de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Marc BOCQUILLON

Département de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Soyez assuré de mon respect.

A Monsieur le Docteur Steven MARTIN

Médecine générale

Vous me faites l'honneur d'examiner mon travail. Soyez assuré de ma reconnaissance

A Madame le Docteur Elena DELLENBACH

Département de Médecine Générale

Vous avez accepté de m'accompagner pour ce travail qui aujourd'hui va me permettre de devenir docteur. Je vous en suis infiniment reconnaissante. Lors de mon internat, j'ai eu la chance d'assister à la pratique de votre art. Je m'appliquerai à observer vos enseignements tout au long de ma carrière.

Remerciements personnels

A mes parents Jean Luc et Véronique, vous avez été à mes côtés depuis le début. Papa je me souviens de ta joie lorsque je t'ai annoncé que j'avais réussi le concours. Puis vous m'avez soutenue tout au long de mes interminables études, vous m'avez fait confiance sans me poser (trop) de questions. Merci maman pour tes nombreuses relectures. C'est grâce à vous qu'aujourd'hui je suis médecin. Merci d'avoir veillé sur moi avec votre incroyable gentillesse.

A Marc, mon amour. Cinq ans d'aventure à tes côtés, à voguer entre les bonheurs et les tempêtes. C'est grâce à ton soutien, tes encouragements et ton réconfort que j'arrive aujourd'hui à bon port. Tu as toujours cru en moi, et tu m'as souvent dit que je serai un bon médecin. Merci d'avoir su me remotiver lorsque je n'y croyais plus. Je suis fière de tout ce que tu as accompli et de l'homme que tu es. Merci pour ces années passées ensemble et pour toutes celles à venir, dont nous allons enfin pouvoir profiter pleinement ! Merci de m'offrir le bonheur.

A Célestine, mon petit amour, toi dont je suis si fière et qui me fais chavirer avec un sourire. A ton avenir !

Aux Hénouvillais, surtout toi Fred, pour ces moments passés hors du temps, à refaire le monde autour d'un verre, pour m'avoir intégrée à votre famille et pour me soutenir et m'encourager lorsque j'en ai besoin.

A ma famille, celle qui m'a vu naître et celle qui m'a adoptée pour m'avoir fait grandir. A mes grands-parents Yveline et Robert pour ces étés au bord de la mer, riches de souvenirs, pour tous ces moments de bonheurs, ces enseignements « mine de rien » autour d'une partie de carte, d'un projet couture ou pendant la promenade du chien. J'espère qu'aujourd'hui je vous rends fiers.

A ma belle-famille pour m'avoir accueilli sans conditions. Merci de m'offrir le bonheur d'être avec vous.

A Gaelle et Nans pour ces instants précieux. Merci à toi Gaelle de la place que tu m'accordes et à toi Nans de me remettre cette épitoge, un geste qui, pour moi, vaut mille mots.

A Loïc pour tous ces « Alors la thèse, ça avance ?! » et à Marie, merci d'être des amis sincères.

Aux coupiines, Lucile, Marine et Mathilde pour tous les moments partagés depuis presque 10 ans maintenant. Ces heures innombrables passées sur les bancs penchés et durs de l'amphi perdu. Les brunchs et les week-ends trop courts ! Merci Lucile de m'avoir trainée à la BU de si nombreuses fois et de m'avoir proposée la belle aventure de la coloc !

A mes amies de longue date ! Alizée avec qui la distance n'est pas un problème et Alexia avec qui j'ai vécu tant aventures.

A mes co-internes avec qui j'ai partagé les moments de galère, les gardes interminables mais aussi les rires et les bons moments autour d'un mauvais café. Pour le BK du jeudi midi qui me donnait envie d'aller en cours. Merci Lisa pour ton aide !

A Steven, Max et Aurèle pour vos conseils et vos encouragements. Merci Aurèle pour le temps que tu as passé à me corriger et pour ta disponibilité.

Aux médecins et aux soignants dont j'ai partagé le quotidien pendant mes années d'étude et grâce à qui je me suis formée. Aux équipes avec lesquelles j'ai ri et j'ai mangé pendant les stages, merci pour ces moments de partage, pour votre aide et votre regard qui a parfois tout changé.

Aux médecins qui m'ont transmis un peu de leur savoir, celui que l'on ne trouve pas dans les livres. A ceux que j'ai remplacés, qui m'ont confié leurs patients et qui m'ont fait confiance. A Marc pour tes conseils de renard avisé, c'est grâce toi que j'ai tourné la page de l'internat.

A Christophe pour m'avoir guidée et de m'avoir fait évoluer.

Aux patients que j'ai rencontrés et qui m'ont fait confiance, à ceux qui m'ont donné une leçon de vie, à ceux qui m'ont montré ce qu'est le courage et la dignité, à ceux que j'ai accompagné jusqu'au bout et qui m'ont appris à céder. A ces âmes rares et ces rencontres improbables. Merci car c'est aussi grâce à vous que je suis devenue médecin.

A Culotte qui a si souvent dormi sur mon bureau, c'est souvent pour préserver ton sommeil que j'ai prolongé mes révisions. Ton mauvais caractère et tes soupirs m'ont obligé à cultiver cette patience ce qui m'est utile au quotidien. Après toutes ces années tu es toujours à mes côtés pour les heures de travail nocturne alors que Pims, lui, ronfle sur le canapé.

Et à tous ceux que je n'ai pas cités et qui ont compté, merci

Table des matières

INTRODUCTION.....	9
CADRE THEORIQUE.....	11
I.DEFINITION D'UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE	11
II.CAUSES ET CONSEQUENCES DE L'EXCES DE POIDS	12
1.Causes	12
2.Conséquences.....	12
III.DIAGNOSTIC ET OPTIONS THERAPEUTIQUES	13
1.Diagnostic	13
2.Options thérapeutiques	14
a.Rééquilibrage alimentaire et activité physique	14
b.Traitement médicamenteux	15
c.Traitement chirurgical	17
IV.ROLE DU MEDECIN TRAITANT.....	18
1.Recommandations	18
2.Education à la santé.....	19
V.CHANGEMENT	19
MATERIELS ET METHODES	20
I.CHOIX DE LA METHODE.....	20
II.POPULATION ETUDIEE ET MODE DE RECRUTEMENT.....	20
III.ENTRETIENS	20
1.Préparation	20
2.Déroulement.....	20
3.Retranscription.....	20
IV.ANALYSE DES ENTRETIENS.....	20
V.TRIANGULATION	20
RESULTATS.....	21
I.CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEES ET DES ENTRETIENS	21
II.RESULTATS DE L'ETUDE	21
1.Contexte.....	21
a.Origine de la prise de poids	21
b.Sensation d'inconfort	21
c.Prise de conscience et élément de rupture	21
d.Mise en place.....	21
2.Développement personnel	21
a.Changer de statut	21
b.Atteindre ses objectifs	21
c.Viser le bien être.....	21
d.Se soigner	21
3.Cheminement intellectuel	21
a.Comprendre	21
b.Changer de philosophie	21
c.Changer d'état d'esprit envers soi même	21
d.Etre acteur	21
4.Environnement et cadre	21
a.Démarche holistique	21
b.Rôle du médecin.....	21
c.Besoin d'encadrement	21

5. <i>Place de l'autre</i>	21
a. Impact de l'entourage	21
b. Besoin d'étayage	21
c. Coup de pouce	21
6. <i>Démarche non aboutie</i>	21
a. Changement de priorité	21
b. Démarche passive	21
c. Changement trop rapide	21
7. <i>Poursuite du changement</i>	21
a. Motivation profondément ancrée	21
b. Garder le cap	21
c. Nouvel équilibre	21
d. Astuces et outils	21
DISCUSSION	21
I. INTERET POUR LE SUJET ET L'OBJECTIF	21
II. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ENQUETE, DISCUSSION DE LA METHODE	21
III. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS	21
a. Contexte	21
b. Développement personnel	21
c. Cheminement intellectuelle	21
d. Environnement et cadre	21
e. Place de l'autre	21
f. Démarche non aboutie	21
g. Poursuite du changement	21
IV. OUVERTURE ET PERSPECTIVES	21
1. <i>Education thérapeutique et entretien motivationnel</i>	21
2. <i>Education à la santé auprès des enfants et de leurs parents</i>	21
3. <i>Intelligence artificielle</i>	21
CONCLUSION	21
BIBLIOGRAPHIE	21
ANNEXES	21
RESUME	21

Listes des abréviations

AVC	Accident vasculaire cérébral
BAC	Baccalauréat
BEP	Brevet d'études professionnelles
CAP	Certificat aptitude professionnelle
CI	Contre-indications
cm	Centimètre
ENNS	Étude nationale nutrition santé
EM	Entretien motivationnel
Etc.	Et cetera
ETP	Education thérapeutique patient
GLP-1	Peptide analogue au glucagon-1 humain
GIP	Peptide insulino-trope dépendant du glucose
HAS	Haute autorité de santé
HbA1c	Hémoglobine glyquée
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HDL	Lipoprotéines de haute densité
IDM	Infarctus du myocarde
IG	Index glycémique
IMC	Indice de masse corporel
IME	Institut médico-éducatif
kg	Kilogramme
LDL	Lipoprotéines de petite densité

m²	Mètre carré
mmHg	Millimètre de mercure
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNNS	Programme national nutrition santé
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
TAV	Tissu adipeux viscéral
UFOLEP	Union française des œuvres Laïque d'Education Physique

Introduction

En France, 8 millions de personnes sont obèses (1). Cette pathologie est pourvoyeuse de nombreuses complications médicales, psychologiques et parfois même sociales. L'obésité est au cœur des préoccupations du pays. Depuis 2001, le gouvernement français s'engage au travers du plan national de santé publique, pour que la prévention ne soit plus seulement un concept mais une réalité (1) et pour qu'elle soit centrale dans toutes les actions qui visent à améliorer la santé. Avec le quatrième programme national nutrition santé (PNNS) (2019-2023) le ministère des solidarités et de la santé pose comme enjeu majeur d'améliorer la santé par l'alimentation et l'activité physique (2).

L'obésité s'inscrit parfaitement dans ce programme. C'est là que se trouve l'intérêt de ce travail.

J'ai été interpellée par un patient rencontré lors d'une consultation en cabinet de médecine générale. Après l'annonce de son diabète de type deux, il change considérablement son mode de vie. Il s'alimente de manière équilibrée, il pratique régulièrement la marche et le vélo. Il corrige son excès de poids, ses hémoglobines glyquées et les traitements antidiabétiques sont diminués. A ce jour, ces changements sont installés, ce qui a permis d'améliorer sa qualité de vie et de réduire la morbi-mortalité cardiovasculaire et globale à long terme (3) et ainsi limiter les dépenses de santé (4).

En médecine générale, les patients comme cet homme sont nombreux en effet environ 17% de la population est obèse en France (5). Il semble donc pertinent d'identifier les facteurs à l'origine de ces changements chez des patients en excès de poids. Avec l'objectif d'accompagner les accompagner le mieux possible dans un changement de vie, de favoriser l'éducation à la santé et d'améliorer leur suivi en médecine générale.

Il existe de nombreux travaux qui s'intéressent au changement de comportement dans une population spécifique, notamment chez les diabétiques de type 2, comme l'illustre la thèse d'exercice d'Aubert M (6). D'autres travaux étudient l'excès de poids ou les facteurs influençant l'activité physique et la sédentarité dans le contexte de la réhabilitation de pathologie chronique comme dans la thèse d'exercice de Chevance G (7). D'autres encore détaillent le rééquilibrage alimentaire (2) mais peu de ces travaux mettent en relation ces éléments. Lorsque cela est le cas ils ciblent un trouble particulier, une population spécifique ou

un axe d'action (tel que l'activité physique ou l'alimentation). Un article publié en 2007, par le professeur Jacqueline Dunbar-Jacob (8), s'intéresse à cette démarche globale. Il présente des stratégies éprouvées pour promouvoir le changement de comportement, plutôt que des modèles théoriques spécifiques chez des patients polypathologiques (8). Une approche qui peut sembler plus adaptée à la pratique en cabinet de médecine générale.

L'intérêt de ce travail est de questionner des profils variés, polypathologiques ou non, dans une démarche globale et complexe. Il peut également résider dans le fait d'utiliser l'étude de ce changement pour influencer la pratique clinique de la médecine générale en cabinet.

Il est donc légitime de se poser la question suivante : Quels sont les facteurs influençant un rééquilibrage alimentaire et la pratique d'une activité physique régulière ?

L'objectif principal de ce travail est d'identifier les facteurs motivant la mise en place d'un rééquilibrage alimentaire et la pratique d'une activité physique régulière chez les patients majeurs en surpoids et obèses dans le but d'optimiser l'éducation à la santé en médecine générale. L'objectif secondaire est d'identifier les facteurs influençant ce changement au-delà de sa mise en place.

Cadre théorique

I. Définition d'un enjeu de santé publique

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le surpoids et l'obésité sont définis comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé (7). En 2016 le surpoids concerne plus de 1.9 milliard d'individus, adultes de 18 ans et plus, dans le monde, dont 650 millions sont obèses. Entre 1975 et 2016, la prévalence de l'obésité, à l'échelle mondiale, a triplé (9).

En 2006, l'Étude Nationale Nutrition Santé (ENNS) décrit la situation nutritionnelle en France selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme National Nutrition Santé (PNNS). La prévalence de l'obésité y est estimée à 17 % chez les adultes, sans distinction hommes/femmes. Le surpoids concerne 41 % des hommes et 24 % des femmes (5).

Cette étude est reconduite en 2014-2016 sous le nom d'Esteban (Étude de Santé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition) (10). En 2015, chez les adultes, la prévalence du surpoids (obésité incluse) était de 54% chez les hommes et 44% chez les femmes, et l'obésité atteignait 17%, sans évolution depuis 10 ans.

Les études Obépi (11) évaluent la prévalence de l'obésité chez l'adulte de 18 ans et plus, en France. Les résultats estiment une augmentation de la prévalence de l'obésité de 8.6% en 1997 à 13.1% en 2006. Cette croissance est uniforme quel que soit le l'âge, le sexe, le niveau socioéconomique, les différences culturelles ou les régions françaises jusqu'en 2003. Lors des trois dernières années, alors que la progression ralentie dans les milieux favorisés, elle reste constante pour le reste de la population, entraînant une accentuation des inégalités sociales de santé pour les aspects liés à l'obésité.

Les termes surpoids et obésité seront regroupés sous le terme excès de poids dans ce travail.

II. Causes et conséquences de l'excès de poids

1. Causes

L'excès de poids est causé par un déséquilibre de la balance apports/dépenses énergétiques. Les apports alimentaires dépassent les dépenses caloriques, diminués par un mode de vie plus sédentaire, ce qui engendre une accumulation de graisse dans les tissus adipeux, un phénomène présenté dans l'article sur le contrôle central de la balance énergétique de Luquet S et al. (12)

L'OMS a constaté au niveau mondial que le changement d'habitudes en matière d'alimentation et d'activité physique est lié, entre autres, à l'environnement et à la société (13). Le travail plus sédentaire, l'évolution des modes de transport, l'urbanisme croissant, la transformation des aliments, leur distribution et l'éducation sont des acteurs de ce phénomène.

D'autres facteurs influencent l'excès de poids comme la génétique ou l'épigénétique ou encore les causes secondaires (hormonales, iatrogènes...), tous ne sont pas identifiés.

2. Conséquences

L'excès de poids a un effet délétère sur plusieurs voies métaboliques, ce qui favorise le développement de plusieurs pathologies, comme certains cancers (14).

- Les cancers du sein après la ménopause, de l'endomètre et ovaire chez la femme (15).
- Celui de la prostate chez l'homme (15).
- Le cancer du rein, le cancer colo-rectal et de la vésicule biliaire avec les cancers hépatiques et ceux du carrefour aérodigestif (15).

L'obésité et notamment la répartition abdominale du tissu adipeux jouent un rôle majeur dans le développement des pathologies cardiovasculaires (insuffisance cardiaque, pathologies coronaires, artérite des membres inférieurs, d'accidents vasculaires cérébraux ...) et métaboliques (dyslipidémie, syndrome métabolique...) (16). Le tour de taille est une variable associée au risque de maladies cardiovasculaires, à l'hypertension et au diabète de type 2 (17).

L'obésité favorise aussi la survenue de pathologies chroniques comme le diabète, les maladies respiratoires et neurologiques. Elle est également mise en relation, entre autres, avec des complications orthopédiques et articulaires, néphrologiques ou encore gastro-entérologiques. Elle engendre une usure prématurée et favorise les insuffisances d'organes à terme (17).

Il existe également un retentissement sur le plan gynécologique. Le SOPK et le diabète gestationnel sont plus fréquents chez les patientes atteintes d'obésité abdominale. Une réduction de la fertilité de 8% est observée chez les patients avec un IMC supérieur à 25, elle est réduite de 18% lorsque l'IMC est supérieur à 30 (18).

De plus l'incontinence urinaire, la transpiration excessive et les mycoses sont aussi plus souvent observées chez les patients en excès de poids. Ainsi que les troubles du sommeil et l'apnée du sommeil (18).

En outre, l'obésité a un impact économique majeur (4). Elle joue aussi un rôle néfaste sur le plan social. En effet, elle limite les activités de la vie quotidienne : plus le poids augmente plus la gêne est importante (19). Sur le plan professionnel, en France, l'obésité réduit la probabilité d'être employée pour les femmes, et le salaire horaire sans incidence du genre (20).

La mésestime de soi et la dépression sont également liées à l'excès de poids (21). A ces problématiques psychologiques s'ajoutent l'hyperphagie boulimique et les troubles du comportement alimentaire.

III. Diagnostic et options thérapeutiques

1. Diagnostic

Le diagnostic de l'obésité est clinique et s'appuie sur plusieurs outils comme l'indice de masse corporel (IMC) et le tour de taille. Le calcul de IMC équivaut au poids en kilogrammes (kg) divisé par taille au carré en mètre (P/T^2). Selon l'OMS, chez l'adulte, un IMC supérieur ou égal à 25 kg/m² correspond à un surpoids et un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m² correspond à l'obésité.

Cependant l'IMC n'est pas applicable à tous les profils de patients, notamment les grands sportifs, les amputés etc. C'est pourquoi le tour de taille est un outil plus pertinent pour les patients dont l'IMC est compris entre 25 et 35 kg/m². Il se mesure en centimètre (cm). S'il

est supérieur à 94 cm chez l'homme et à 80 cm chez la femme il témoigne d'une obésité abdominale (22).

2. Options thérapeutiques

a. Rééquilibrage alimentaire et activité physique

L'excès de poids résulte d'un déséquilibre de la balance apports/dépenses énergétique (12). Une alimentation équilibrée, la pratique régulière d'une activité physique et la limitation des comportements sédentaires jouent un rôle majeur dans la prise en soin de l'excès de poids et de ses complications. Sa prise en charge globale nécessite également un soutien psychologique et parfois une aide sociale.

La « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé » publiée par l'OMS en 2004 (23), témoigne de ce rôle. Elle est suivie de nombreuses recommandations au niveau mondial, régional et local. En France cela se traduit par le Programme National Nutrition Santé (PNNS) élaboré par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), qui vise à améliorer la santé de la population par des actions et des mesures nutritionnelles dont il existe plusieurs mises à jour, la dernière date de 2019 (24).

Il est démontré qu'une intervention globale sur le mode de vie (soutien psychologique, restriction calorique et activité physique) entraîne une importante perte de poids, sur le long terme, associée à une amélioration des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires chez une proportion importante d'individus obèses (25).

Pour permettre un changement de mode de vie avec l'intégration d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière dans les habitudes de vie, il est nécessaire d'individualiser les objectifs, de prendre en compte les obstacles physiques/physiologiques, individuels et socio-environnementaux, spécifiques au patient en excès de poids. Il est également nécessaire de les intégrer par exemple dans une démarche d'éducation à la santé au cabinet de médecine générale, afin d'inscrire ces changements dans la durée et d'obtenir une adhésion du patient sur le long terme (26).

L'activité physique permet de réduire la mortalité précoce et principalement la mortalité cardio vasculaire de 20 à 30% (27). Elle a aussi un effet bénéfique sur la tension artérielle, l'insulino-sensibilité, le profil lipidique, la fréquence des cancers du côlon et du sein (28).

L'exercice physique et une alimentation équilibrée réduisent le tissu adipeux viscéral (TAV) acteur important des complications de l'excès de poids. Le régime alimentaire a un impact plus important sur la perte de masse corporelle totale, tandis que l'entraînement physique a des effets supérieurs sur la réduction de la TAV. La perte de masse corporelle totale ne reflète pas nécessairement les variations de TAV et elle n'est pas un bon marqueur de l'efficacité d'une alimentation équilibrée et/ou d'un entraînement physique (29). Il est décrit qu'une réduction du TAV et ses bénéfices sur le risque cardiovasculaire et métabolique peuvent être observés sans modification de la masse corporelle totale ni du tour de taille (30).

Il est également démontré qu'un régime hypocalorique a un effet bénéfique sur les risques cardiovasculaires (31). Une perte de poids volontaire de 10 kg est associée à une amélioration importante des facteurs de risque : tension artérielle -10 mmHg, cholestérol total -10 %, cholestérol LDL -15 %, triglycérides -30 %, glycémie à jeun -50%, cholestérol HDL +8% (31).

b. Traitement médicamenteux

Actuellement, le rééquilibrage alimentaire, l'activité physique et la thérapie comportementale sont les fondements de la prise en soin de l'obésité. Il n'y a pas de traitement efficace applicable à toutes les personnes en excès de poids. Les médicaments utilisés dans l'obésité concernent le traitement de ses complications (dyslipidémie, hypertension, diabète, maladies cardiovasculaires). Pour bénéficier d'un traitement médicamenteux à visée amaigrissante, le patient en excès de poids doit avoir perdu moins de 5% de masse corporelle avec une alimentation équilibrée et de l'exercice physique, associé à un IMC supérieur ou égale à 30 kg/m² ou un IMC supérieur ou égale à 27 kg/m² associé à des comorbidités (32–35).

Les médicaments de l'obésité ont mauvaise presse. Des études montrent que leur efficacité est limitée et qu'ils exposent à de nombreux effets secondaires. En France, il y a deux options homologuées pour la pharmacothérapie de l'obésité : la sibutramine et l'orlistat (32–35) Deux nouveaux médicaments plus pertinents, arrivent sur le marché : le liraglutide (36) et le tirzépate en cours d'étude pour cette indication (37–39).

- Le liraglutide est un peptide analogue au glucagon-1 humain (GLP-1). Administré sous forme injectable, en sous cutané, à dose quotidienne. Le liraglutide entraîne une perte de masse adipeuse, préférentiellement viscérale avec une perte

de masse corporelle de 5 à 10%. Il augmente la sensation de réplétion et de satiété et réduit la sensation de faim. Il a une action significative sur les paramètres glycémiques, la pression artérielle systolique, la sévérité de l'apnée du sommeil et il retarde la survenue du diabète. Les principaux effets secondaires sont gastro-intestinaux. Il ne doit pas être utilisé en cas d'insuffisance d'organe, de grossesse ou d'âge inférieur à 12 ans. Il possède une AMM depuis le 21 juillet 2022 pour les patients avec IMC supérieur ou égal à 40 et ayant des comorbidités. Son utilisation implique une alimentation équilibrée et une activité physique en parallèle, dans le cas contraire et/ou si la perte de poids ne représente pas au moins 5% de la masse corporelle, il doit être arrêté (36,40).

- Le tirzépate est une association d'un GLP-1 et d'un agoniste du récepteur du peptide insulino-trope dépendant du glucose (GIP). Il est administré sous forme injectable, en sous cutané, à dose hebdomadaire. Il entraîne une perte de masse grasse, du TAV et hépatique, plus importante que le GLP-1 utilisé seul, mais aussi une réduction pondérale qui peut aller de 10 à 20% du poids de corps selon son dosage du tirzépate (5, 10 ou 15 mg). Il a également un effet bénéfique sur les complications de l'obésité, il réduit la sécrétion des cytokines pro-inflammatoires, le taux de triglycérides et de LDL cholestérol, de stress cellulaire et la pression artérielle systolique et diastolique. Chez le diabétique il réduit le taux HBA1c. Le tirzépate présente les mêmes effets secondaires et restrictions que le liraglutide. Il possède actuellement une AMM uniquement pour les patients diabétiques en deuxième intention, son utilisation dans le traitement de l'obésité est actuellement à l'étude (37–39).
- La sibutramine est un inhibiteur de la recapture de la sérotonine/noradrénaline à une action centrale qui augmente la satiété. Elle provoque une réduction de poids moyenne de 4,45 kg, elle diminue également les triglycérides et l'acide urique et elle augmente le cholestérol HDL. Chez les diabétiques, elle améliore l'hémoglobine glyquée. La sibutramine est déconseillée chez les patients présentant une hypertension non contrôlée, ou en cas d'antécédents de maladies cardio- et cérébrovasculaires. (32–35)
- L'orlistat est un inhibiteur de la lipase pancréatique qui réduit l'absorption des graisses en limitant l'hydrolyse des triglycérides alimentaires. S'il est associé à un régime hypocalorique, il permet une perte de poids moyenne de 2,89 kg. Il

diminue le tour de taille, la tension artérielle, le cholestérol total et LDL. Ses effets indésirables sont gastro-intestinaux (selles grasses et huileuses, urgence fécale, taches grasses, incontinence fécale) et s'atténuent avec le temps. Il favorise les interactions médicamenteuses en perturbant l'absorption d'autres molécules. Il doit être évité en cas de malabsorption chronique et de cholestase. (32–35)

c. Traitement chirurgical

Les objectifs de la prise en soin de l'obésité sont classés par l'OMS selon un ordre d'importance croissante : la perte de poids, le traitement des comorbidités, la stabilisation pondérale, la prévention de la prise de poids (41). En théorie, l'ablation chirurgicale de la graisse devrait être efficace. En réalité, ni la liposuction ni l'abdominoplastie n'ont d'effets métaboliques bénéfiques. Elles éliminent le tissu adipeux sous-cutané qui est souvent remplacé rapidement (42). Plusieurs études confirment que la chirurgie bariatrique permet une perte de poids, une réduction significative du tissu adipeux viscéral et total, une amélioration des comorbidités et une réduction de la mortalité. Cependant elle peut avoir des effets indésirables notoires sans oublier son impact psychologique non négligeable. A noter qu'elle peut être suivie d'une reprise de poids et parfois même une nouvelle chirurgie bariatrique (43).

Actuellement 4 interventions de chirurgie bariatrique par cœlioscopie sont reconnues en France :

- Les techniques de restriction gastrique : l'anneau gastrique et la gastrectomie en manchon (sleeve)
- Les techniques de provoquant une malabsorption intestinale : le bypass gastrique (court-circuit gastrique) et la dérivation biliopancréatique (44).

Les indications de la chirurgie bariatrique dans la prise en soin de l'obésité sont (43) :

- L'indice de masse corporelle (IMC) ≥ 40 kg/m² ou IMC ≥ 35 kg/m² associé à des comorbidités,
- L'adhésion au suivi sur le long terme,
- L'échec des mesures classiques.

La chirurgie de l'obésité est aujourd'hui le traitement le plus d'efficace en termes de réduction pondérale, d'amélioration des comorbidités, de la qualité de vie, des fonctions locomotrices et de la mortalité sur le long terme en cas d'obésité massive et d'obésité associée à des comorbidités (45). C'est un traitement palliatif et invasif de l'obésité massive ou compliquée (41).

Ses contre-indications (CI) regroupent (44) :

- Les troubles graves du comportement alimentaire,
- Les affections psychiatriques sévères ou non stabilisées, (CI non définitives)
- L'alcoolisme et la toxicomanie,
- L'incapacité prévisible à adhérer au suivi,
- Le reflux gastro-œsophagien, (à la chirurgie restrictive)
- L'âge : l'adolescence et les plus de 60 ans (CI relative)

La chirurgie bariatrique restreint les apports alimentaires et caloriques et elle modifie le fonctionnement hormonal et métabolique. Il en résulte une malabsorption qui engendre des carences proteino-énergétiques, en vitamines, en oligo-éléments. La prévention de ces carences nécessite des supplémentations (46).

La chirurgie entraîne des conséquences fonctionnelles : vomissements, dysphagie, reflux gastro œsophagien, lithiase vésiculaire, dumping syndrome, hypoglycémie post-opératoire, troubles digestif (47). Le geste expose aux risques thrombo-embolique, infectieux, hémorragique et aux complications comme les occlusions, les dilatations, les fistules, les sténoses et les ulcères anastomotiques (47-49).

La décision opératoire est collégiale, au cours d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). La prise en charge est donc pluridisciplinaire, spécialisée, régulière et à vie (41,50,51). La phase pré-opératoire dure 6 à 12 mois, comme la phase post-opératoire, qui vise à prévenir les complications nutritionnelles, psychologiques et chirurgicales (45,51,52).

IV. Rôle du médecin traitant

1. Recommandations

Selon les recommandations de l'HAS (53) : « Un patient en excès de poids doit faire l'objet d'une prise en charge spécifique par le médecin de premier recours dans le cadre de consultations dédiées avec un suivi programmé. » La prise en charge de l'obésité est fondée sur les principes de l'éducation à la santé.

Concernant le surpoids stable, il est important de prévenir la prise de poids. Pour le patient obèse, l'objectif est une perte de 5 à 15% du poids initial. Le maintien de la perte de poids est essentiel. Une perte de poids de 5 à 10 % maintenue améliore le profil glucidique et lipidique, diminue le risque de complications cardio-métaboliques, articulaires, respiratoires et cancéreuses. Elle réduit également la mortalité toutes causes confondues.

Les conseils thérapeutiques comportent : une éducation diététique, des conseils d'activité physique, une approche psychologique et un suivi médical assuré par le médecin généraliste. Ce dernier peut faire appel à d'autres professionnels : diététicien, médecin spécialisé en nutrition, psychologue, psychiatre, professionnels en activités physiques adaptées, après 6 mois à un an d'échec. Il peut également demander un avis chirurgical. Le médecin du travail peut représenter une aide en adaptant les rythmes/horaires de travail. La sensibilisation de l'entourage proche des patients est nécessaire.

L'HAS propose une fiche support à l'entretien lors du bilan initial. Cette fiche propose de retracer l'histoire pondérale, d'évaluer les activités physiques et sédentaires, les habitudes et les apports alimentaires. Elle n'évalue pas la motivation au changement du patient, qui fait pourtant parti du bilan initial de la prise en charge de l'excès de poids (53).

2. Education à la santé

Pour l'OMS « l'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés ». Cet outil est un axe central de la pratique du médecin généraliste (54).

L'éducation pour la santé s'adresse à tous. Elle consiste à véhiculer des informations pour développer des connaissances en vue d'améliorer la santé. Elle vise à favoriser la motivation et la confiance en soi. Elle informe sur les conditions socio-économiques et environnementales qui ont des effets sur la santé : présente les différents facteurs de risque et comportements à risque pour la santé et explique le fonctionnement du système de santé afin de la rendre accessible.

Elle permet la mise en œuvre des politiques de santé publique.

L'éducation pour la santé est donc un axe central de la médecine générale.

V. Changement

Il existe plusieurs modèles qui visent à expliquer le processus de changement. Dans ce travail de recherche, nous nous sommes basés sur le modèle trans théorique du changement de Prochaska et Di Clemente. Ce modèle décrit cinq étapes : la pré-intention (ou pré-considération), l'intention (ou considération), la préparation (ou décision), l'action et le maintien (55) illustrés dans le schéma ci-dessous. A noter que la rechute est présentée comme un élément du processus de changement.

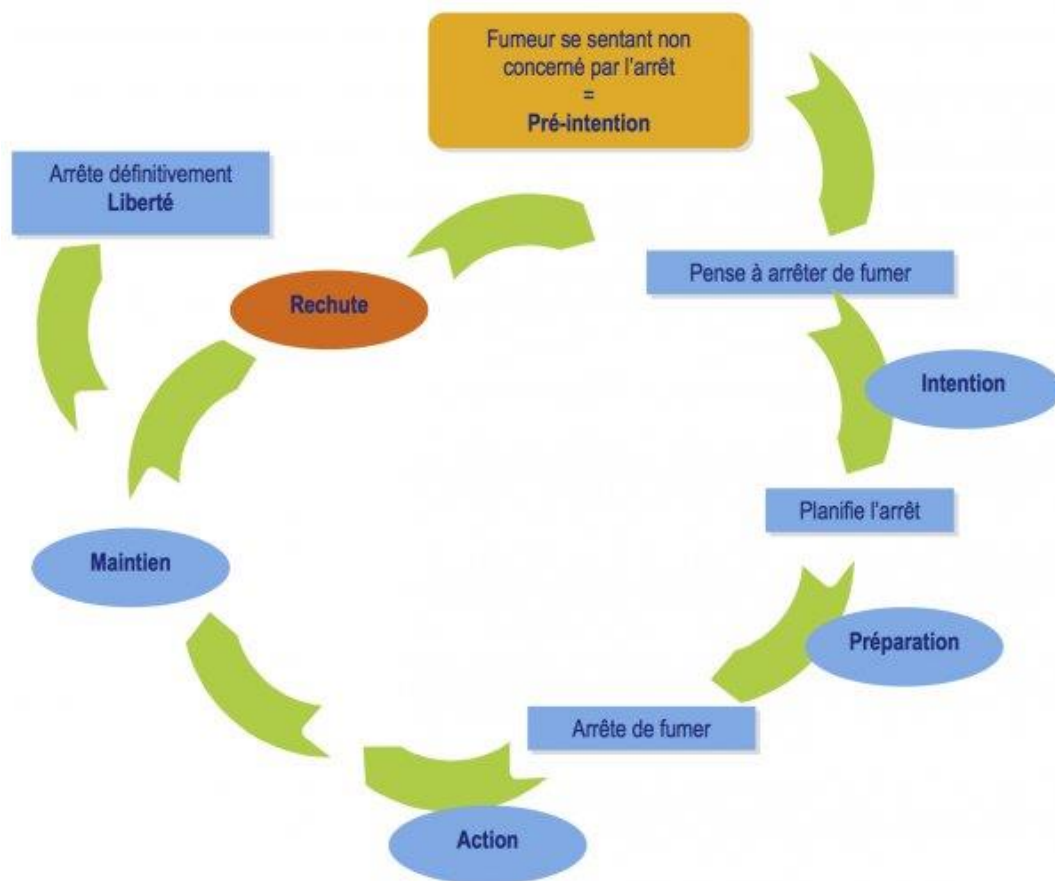


Schéma 1 : *Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente*

En s'appuyant sur ce modèle Miller et Rollnick (56), ont développé les entretiens de motivation ou entrevues motivationnelles, une approche, devenue une référence aujourd'hui, pour aider les personnes à s'engager dans le changement. La motivation est perçue comme la probabilité qu'une personne entame, poursuive et adhère à une stratégie spécifique de changement. Elle s'appuie également sur le modèle de balance décisionnelle développée par Janis en Mann en 1977. Celle-ci part de l'hypothèse qu'une personne décide d'adopter un comportement en évaluant inconsciemment les éléments conditionnant le maintien de son comportement actuel (avantages et inconvénients du statu quo) et ceux conditionnant la modification de ce comportement (avantages et inconvénients du changement) (56).

Matériels et Méthodes

I. Choix de la méthode

Pour répondre à la question de recherche, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative. L'approche utilisée est inspirée de la théorisation ancrée. Cette méthodologie permet de développer une théorie à partir de données subjectives, non quantifiables (57).

Les données sont recueillies via des entretiens semi-dirigés avec la participation de personnes majeurs en excès de poids.

Les critères de scientificité d'une recherche qualitative énumérés dans la grille COREQ (58) ont été pris en compte.

II. Population étudiée et mode de recrutement

Les critères d'inclusion choisis pour ce travail étaient : être une personne majeure, en surpoids ou obèse (IMC supérieur à 25 kg/m²) et avoir entrepris une modification de son mode de vie. La modification du mode de vie était définie par la pratique d'une activité physique et une alimentation équilibrée. Ont été exclus les patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique sans avoir changé leur mode de vie et les patients présentant une obésité iatrogène.

Au total dix-sept personnes ont été sollicitées, treize d'entre elles ont été interviewées. Les huit premiers participants interrogés ont été recrutés par effet boule de neige au cours des différents stages d'internat effectués par l'enquêteur, ces stages ayant permis d'aborder le sujet du surpoids avec les volontaires.

Après le sixième entretien, il a été constaté que les entretiens réalisés avec des personnes ayant eu une chirurgie bariatrique n'apportaient plus de nouvelles données. Ce profil a donc été ajouté aux critères d'exclusion. Par la suite, nous n'avons donc sélectionné des personnes qui n'ont pas été opérées.

Quatre personnes ont été recrutées par l'intermédiaire d'une affiche exposée au pôle de prévention et d'éducation du patient (CHU Amiens-Picardie). Celle-ci présentait le travail d'étude, le profil recherché et comportait les coordonnées de l'enquêteur. Le dernier participant a également été recruté par effet boule de neige.

Une personne a été sollicitée et n'a pas souhaité participer à l'étude et trois individus ont été perdus de vue après le premier contact.

Le recrutement a pris fin lors de la saturation des données. La saturation a été atteinte lorsqu'aucune nouvelle donnée n'était apportée par le codage des entretiens. Elle a été contrôlée par deux entretiens supplémentaires qui n'ont pas apporté d'éléments nouveaux lors de leur codage. Les entretiens ont alors cessé.

III. Entretiens

1. Préparation

En amont des entretiens, un premier contact a été établi par mail, appel téléphonique ou par sms selon le souhait des participants afin de présenter le travail de recherche, de recueillir leur consentement à l'entretien anonymisé et à son enregistrement. A la suite à cet échange, la date et les modalités de l'entretien étaient fixées, selon les préférences du participant.

Les entretiens ont été conduits en se référant à un premier script d'entretien (Annexe 1), composé de neuf questions, validé par ma directrice de thèse. Les deux premiers participants ont trouvé difficile d'y répondre, mentionnant le sentiment de se répéter. Le script a donc été retravaillé pour y pallier et affiner les réponses.

Un deuxième script d'entretien (Annexe 2) composé de sept questions, inspiré du premier, a été utilisé à partir du troisième entretien jusqu'au dernier. Il a été validé lors d'un atelier « thèse qualitative » organisé par la faculté de médecine d'Amiens. Le guide d'entretien contenait des relances employées pour approfondir le thème abordé ou lorsque les digressions étaient trop importantes. Au cours des entretiens, l'enquêteur a pu reformuler les questions lorsqu'elles n'étaient pas comprises, pour les adapter à son interlocuteur ou pour encourager les interviewés à développer leur propos.

La première question invitait les participants à se présenter.

La deuxième question visait à évaluer les motivations au changement de mode de vie et la troisième, l'élément déclencheur.

La quatrième question interrogeait sur les modalités de ce changement.

La cinquième question évaluait le maintien de ce changement dans le temps, elle n'était pas posée si le participant y avait répondu de lui même auparavant.

La suite du guide d'entretien a été adapté à deux cas de figure. D'une part pour les personnes qui avaient réussi à maintenir un changement de mode de vie dans le temps. D'autre part pour celles qui n'y étaient pas parvenues.

La question six évaluait respectivement le maintien et le déclin de la motivation dans le temps.

La question sept évaluait les aides jugées nécessaires par les sujets n'ayant pas réussi à maintenir les changements dans le temps, d'une part.

D'autre part, elle interrogeait sur les conseils que les participants, ayant pérenniser les changements, auraient donnés à quelqu'un dans leur situation avant leur changement de mode de vie. Cette deuxième version de la question sept, a finalement été posée à l'ensemble des personnes interviewées. Ce choix a été fait car les réponses apportaient des données pertinentes.

Il était proposé aux participants de compléter librement l'entretien. Suite à cela, ils étaient remerciés.

2. Déroulement

Les entretiens ont été réalisés sur une période qui s'étend du 11 janvier 2022 au 18 avril 2023. Leur durée est comprise entre 6 minutes 32 secondes et 53 minutes 14 secondes. Au début de l'entretien, il a été rappelé l'anonymisation et l'enregistrement des échanges. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Après avoir recueilli une nouvelle fois leur consentement, l'origine et le but du travail de recherche ont été présentés aux participants. Un résumé de l'étude leur a également été proposé.

Les entretiens en présentiel se sont déroulés au domicile des participants et dans une maison médicale de la Somme. Les entretiens en visioconférence ont été réalisés à l'aide des applications : Zoom® et Google Teams®. Les entretiens téléphoniques ont été réalisés avec le téléphone personnel de l'enquêteur.

3. Retranscription

Les entretiens ont été retranscrits mots à mots, à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word®. Afin de garantir l'anonymat, les noms de famille des personnes citées, des professionnels et les noms de ville et d'entreprises ont été supprimés. Les entretiens ont été classés par ordre chronologique.

IV. Analyse des entretiens

Les retranscriptions des entretiens ont été analysées à l'aide du logiciel N Vivo®. L'analyse et les entretiens ont été réalisés en parallèle. Les entretiens ont été relus plusieurs fois. Le codage a été défini et modifié au fur et à fur de l'étude, à la lumière des nouvelles données apportées par les entretiens successifs. L'encodage consistait à décrypter phrase par phrase les entretiens. Les idées communiquées par les participants étaient codées en un ou plusieurs mots, formant un « nœud ». Chaque nœud était regroupé avec d'autres similaires afin de définir des catégories. Les catégories ainsi créées étaient mises en relation pour élaborer une théorie répondant à la question de recherche.

V. Triangulation

Une deuxième analyse des retranscriptions des entretiens a été effectuée de manière indépendante. Madame Lisa Blockeel, interne de médecine générale, effectuant une thèse qualitative, a réalisé cette triangulation. Les codages des deux analyses ont été confrontés et discutés. Cette étape a permis de vérifier la concordance des données obtenues. La triangulation est un critère de scientificité pour la recherche qualitative (57).

Résultats

I. Caractéristiques de la population étudiées et des entretiens

Parti- ci- pants	Début de la démarche en années	Age (en années)	IMC de départ	Niveau étude	Genre	Statut pro- fessionnel	Main- tien à ce jour	Modalité de l'entretien
1	0-5	18-30	35-39	CAP / BEP	Femme	En activité	Non	Présentiel
2	0-5	18-30	30 – 34	CAP / BEP	Homme	En activité	Non	Présentiel
3	6-10	51-60	40 et +	CAP / BEP	Femme	En activité	Oui	Téléphonique
4	0-5	41-50	30 - 34	CAP / BEP	Homme	En activité	Oui	Téléphonique
5	6-10	31-40	40 et +	CAP / BEP	Homme	En activité	Oui	Téléphonique
6	6-10	31-40	40 et +	BAC	Femme	En activité	Non	Visioconfé- rence
7	6-10	51-60	30 - 34	Master	Homme	En activité	Oui	Visioconfé- rence
8	11-15	18-30	30 – 34	Doctorat	Homme	En activité	Oui	Téléphonique
9	Plus de 20	71-80	40 et +	Master	Homme	Retraité(e)	Oui	Téléphonique
10	0-5	18-30	40 et +	Licence	Femme	En activité	Oui	Visioconfé- rence
11	11-15	61-70	25 - 29	Licence	Femme	Retraité(e)	Oui	Téléphonique
12	Plus de 20	71-80	40 et +	Master	Femme	Retraité(e)	Oui	Téléphonique
13	0-5	31-40	30 - 34	Maitrise	Femme	En activité	Oui	Présentiel

II. Résultats de l'étude

L'analyse des entretiens a permis de répartir les facteurs influençant un changement de mode de vie en cinq axes majeurs : le contexte de la prise de poids, le développement personnel, le cheminement intellectuel, l'environnement et le cadre, la place de l'autre, la démarche non aboutie et la poursuite du changement. Ces axes sont décomposés dans des sous parties.

L'ensemble des résultats est illustré par des extraits du verbatim. Toutes les citations recueillies ne sont pas présentées afin de ne pas surcharger les résultats. Les entretiens sont cités par ordre chronologique. Si une citation est présente dans plusieurs entretiens, seule la première est présentée. Si deux extraits de verbatim ont un sens similaire, seul le premier est présenté.

1. Contexte

a. **Origine de la prise de poids**

Les participants ont évoqué le contexte et l'évolution de leur prise de poids de manière spontanée lors des entretiens. Ils présentent leur démarche de changement en l'intégrant dans leur histoire de vie.

La plupart des participants ont été en excès de poids **dès l'enfance** :

- E3 : « J'ai toujours été plus ou moins ronde par rapport aux autres enfants. Et euh bon bah en fait au fil des années les kilos sont amoncelés »
- E6 : « j'ai toujours été très... très bah... obèse, dans tous les cas depuis toute petite, toujours en surpoids etc. »
- E10 : « cette prise de poids elle a été en plusieurs étapes, j'ai commencé à prendre du poids à l'adolescence. Après j'ai été stabilisée en obésité... modérée on va dire », « J'ai pris 30 kg pendant ma grossesse quoi euh et là j'en ai encore 24 à perdre, pour retourner à mon poids de début de grossesse. Donc voilà mon histoire de... mon poids. »

D'autres ont pris du poids **à l'adolescence et à la quarantaine** :

- E8 : « Une obésité liée aux changements dans l'adolescence et d'autres facteurs environnementaux extérieurs. »

- E11 : « J'ai toujours fait 42 kg, toute ma vie et à partir de 45 ans j'ai pris du poids »

Certains ont vécu un événement de vie qui a eu comme conséquence de déclencher d'une prise de poids. Ils ont rapporté une prise de poids suite à un **deuil** :

- E4 : « c'est suite un peu à un genre de dépression. J'ai, j'ai perdu ma sœur, la plus proche de moi, d'un glioblastome tout ça et euh... J'ai comblé un certain manque avec une consommation excessive de sucre pendant un an et puis voilà ce que ça donne quoi »
- E10 : « ça s'est greffé à la perte de mon mari, qui est très très douloureuse », « bah disons qu'il y a des moments où c'était une compensation »
- E12 : « il en ressort que c'est le choc psychologique de la perte de mon père qui a été le déclencheur »

Au **stress** et la **culpabilité** :

- E5 : « Je suis quelqu'un qui est beaucoup stressé et qui a grossi, et puis qui grossit à cause du stress »
- E10 : « Moi, c'est des kilos de culpabilité que j'avais »

A la **maladie** et/ou à son **traitement** :

- E7 : « j'ai eu un grave accident de moto à 18 ans qui m'a obligé à rester un an et demi à l'hôpital et là j'ai pris pas mal de poids, une quinzaine de kilos »
- E10 : « c'était de la bipolarité. Donc, à la suite de ça, a été mis un traitement, dont de l'Abilify et j'ai pris 20 kg »

Dans un **contexte professionnel** :

- E7 : « j'ai changé d'activité et je suis parti dans la pub et j'ai repris du poids parce que je ne faisais que travailler donc aucune... pas une bonne alimentation, pas de sport et je faisais que travailler que travailler et à l'âge de 45 ans bah je faisais 120 kg »
- E12 : « cette époque-là je suis devenu commercial, j'ai commencé à manger beaucoup au restaurant etc. J'ai été beaucoup sédentaire »

Il est également mentionné un **ancrage familial** :

- E3 : « dans notre famille euh fin du côté de ma mère, tout le monde est rond. », « Donc on a le gène je pense, le gène de l'obésité »

- E8 : « On est tous un peu bien portant dans la famille. »
- E11 : « En fait on a un problème hormonal dans notre famille, de mère en fille », « En fait on prend du poids à partir de 41-42 ans de manière insidieuse »

L'influence de **la vie de couple** :

- E6 : « Et avec mon conjoint sur 2-3 ans temps, j'ai pris 20 kilos quoi, plus que ça »
- E11 : « Alors il faisait une cuisine un peu grasse, c'était familial de son côté », « le médecin lui disait toujours qu'il mangeait trop gras. Il avait beaucoup de difficultés à se restreindre. Et moi, bon Ben je, je suivais un peu en fait. »

b. Sensation d'inconfort.

Le codage des entretiens a fait émerger la notion d'inconfort. Celui-ci touche de nombreux domaines et semble être un des déclencheurs de la démarche de changement de mode de vie.

L'inconfort est souvent décrit comme **général, physique et psychologique**, dans la vie quotidienne et les loisirs. La notion d'**essoufflement** revient dans plusieurs entretiens :

- E1 : « j'avais l'impression de ne plus réussir à faire quoique ce soit sans être essoufflée, sans ... Pis je me sentais pas bien dans ma tête, dans mon corps »
- E3 : « les années passant, euh bah le regard dans la glace me plait pas », « mon image me plaisait plus »
- E5 : « Comme ça coinçait dans ma tête, comme j'arrivais pas à plaire physiquement... Je me trouvais trop gros, fin au bout d'un moment, je voyais que j'avais personne dans ma vie »
- E10 : « Donc j'avais forcément des soucis... », « Bah voilà pour me déplacer etc. fin donc un poids qui n'étais vraiment pas confortable »
- E9 : « Je ne pouvais pas m'asseoir sur un fauteuil en plastique, je le cassais », « Ah je me suis retrouvé plusieurs fois héhé comme la tortue, les pattes en l'air. Et puis il fallait trois bonhommes pour me relever hein ! »

- E12 : « j'ai un problème de genou assez conséquent », « je peine quand même pas mal à traîner ma carasse euh et notamment à l'époque, j'étais encore chasseur en plaine et euh alors j'allais dans les champs etc », « Maintenant je ne peux absolument plus marcher dans les champs. Je marche avec une canne maintenant »

L'inconfort comporte une **dimension professionnelle**. Certains participants décrivent une gêne lors de la **réalisation de leurs tâches** professionnelles ou une remise en question de leur **crédibilité professionnelle**.

- E3 : « En plus je travaillais dans un service d'orthopédie donc en fait euh on... on manipule beaucoup les patients »
- E5 : « Pour le travail tout ça, ça n'allait plus du tout. », « le boulot... quand je faisais les patients tout ça et que je voyais que j'étais essoufflé... », « rien que pour monter les étages, ça n'allait plus du tout, tout ça, c'était plus possible »
- E13 : « c'est aussi parce que j'ai commencé Asalée et du coup j'ai, j'ai revu tout ce qui était équilibre alimentaire avec Asalée et je me suis dit je ne peux pas euh... je ne peux pas parler de ça à mes patients si moi-même je ne me l'applique pas à moi, fin à moi-même »

Les participants évoquent un sentiment de **peur et de vulnérabilité**. Des sentiments concernant la maladie, ses complications graves et la mort.

- E4 : « Et puis de la peur. », « j'étais dans un état de stress assez important. », « ce qui m'effraie le plus c'est être sous traitement à vie quoi. Ça, ça m'effraie, ça m'effraie vraiment »
- E7 : « mon médecin m'a dit bah si on continu comme ça bah c'est bien dans 10 ans vous êtes mort en fait et du coup euh je me suis pris en main »
- E9 : « Ah ben déjà c'est parce que j'ai fait un infarctus. Alors euh... alors il a fallu forcément que je change de vie. », « Ah mais... Oui ! et puis maintenant, si vous voulez..., ça a eu un effet bénéfique... et si mourir c'est comme entrer dans le coma, j'ai plus qu'à crever ! »
- E13 : « tout ce qui est risques cardiovasculaires, AVC, IDM etc... et c'est surtout quand j'ai fait du diabète gestationnel pendant la grossesse », « en ayant fait un diabète gestationnel on avait beaucoup de chance de redévelopper un diabète par la suite euh... un

diabète de type 2 et je voulais éviter ça. », « ça pouvait arriver aux autres mais aussi à moi, les risques cardiovasculaires... »

L'épidémie de **COVID 19** a également joué sur cette sensation d'inconfort. Elle a modifié le regard d'un participant sur sa santé. Les complications graves qui lui paraissaient lointaines et abstraites sont devenues réelles et probables :

- E4 : « C'était en plein COVID Hein il me semble hein ? », « Ouais voilà bah. Et euh... c'était euh... tout était bizarre en fait. Euh c'est vrai, c'était... On n'a jamais vécu ça. Donc en plus des problèmes de santé qui arrivent d'un seul coup, qui n'avait rien à voir avec ça. Enfin bref, c'était une drôle de période. »

L'interprétation du verbatim met en lumière le **refus de vieillir**, la volonté ne pas ressembler à cette référence familiale porteuse de maladie :

- E4 : « Euh oui. Parce que ma grand-mère était diabétique », « il y a des diabétiques dans ma famille »

Les participants évoquent aux **moqueries** qu'ils ont subies :

- E1 : « Bah il y a eu aussi l'environnement familial qui m'a un peu aidé d'un sens. J'ai une sœur qui n'est pas du tout de la même corpulence que moi et qu'a eu tendance à me faire beaucoup de réflexions, de me lancer des p'tits pics ou des p'tites réflexions comme ça par ci par là »
- E3 : « et en fait dès qu'on est euh... dès qu'on est en conflit avec quelqu'un c'est tout de suite ouais : "bah va te faire foutre grosse vache" ou quelque chose comme ça »
- E8 : « Le regard des autres a souvent été... Quelque chose qui est, qui a pu me braquer dans l'enfance »

c. Prise de conscience et élément de rupture

Quelques participants décrivent une **prise de conscience**. Ils disent avoir visualisé brutalement leur prise de poids :

- E2 : « c'est quand tu regardes des photos et que tu te vois... grossir, parce qu'on se voit pas grossir au final », « au quotidien on se voit pas, c'est quand tu vois des photos tu te dis : Ah ouais quand même », « je suis comme ça »

- E7 : « Alors en fait bizarrement, moi je ne me suis jamais vu gros. Dans ma tête dans mes rêves, je suis, j'étais plutôt quelqu'un de sportif et je n'étais pas gêné par mon poids. Et une fois, ma femme m'a pris en photo, j'étais en train de jouer dans une piscine avec une petite fille. Et quand j'ai vu les photos, de moi, j'ai cru que ce n'étais pas moi sur la photo »
- E12 : « je ne m'étais pas rendu compte que... Je ne me vois pas, je ne me vois pas marcher, et là en me voyant pris par une caméra, d'assez loin, je marche vraiment mal quand même, enfin je... et ça, ça m'a aussi un peu interpellé »

D'autres ont été marqués par un **poids maximal** :

- E3 : « il arrive un moment où euh où je suis arrivée il était ... Fin je faisais 118 kilos »
- E10 : « ce qui m'a fait... aussi que bah voilà mon poids, c'est un poids que je n'avais jamais atteint, 122kg. Donc j'avais forcément des soucis.... Euh... bah voilà pour me déplacer etc. fin donc un poids qui n'étais vraiment pas confortable »

La prise de conscience peut aussi concerner les **causes** modifiables de cette prise de poids :

- E4 : « j'ai comblé un certain manque avec une consommation excessive de sucre pendant un an et puis voilà ce que ça donne quoi », « et euh bah, j'ai eu une prise de conscience un peu tardive que j'avais fait des conneries au niveau de mon alimentation parce que je buvais trop de café sucré et voilà. Euh... Une prise de conscience, un électrochoc »
- E12 : « Alors en termes d'alcool, parce que c'est quand même sûr que mon poids il vient pas mal de là hein ! »

Dans ce contexte s'ajoute un **élément de rupture** avec le mode de vie antérieur au changement, qui dans certains cas, émane du corps médical, d'un **médecin** de confiance qui connaît le patient, le suit et s'intéresse à sa santé. Cet élément peut prendre la forme une **provocation** :

- E9 : « Elle me dit nan, c'est pas possible monsieur, vous avez le ventre d'une femme qui va accoucher. Et puis à la fin de la consultation : attention parce que vous avez le ventre d'une femme enceinte de 9 mois »

D'une annonce **pronostique** :

- E7 : « il m'a dit bah sexuellement à un moment donné vous n'allez pas pouvoir non plus parce ça va... (rires) Voilà il y avait ça aussi. Il m'a dit, bientôt vous allez prendre un sixième cachet et finalement bah à un moment donné vous ne pourrez plus rien faire, vous allez prendre du poids euh vous pourrez avoir : plus de libido, plus avoir d'érection et voilà tous c'est p'tits trucs et je me suis dit bah 45 ans, moi je ne me voyais pas comme ça, et qu'est-ce que ça va devenir ? »

Ou d'un **objectif personnalisé** :

- E1 : « Bah y a eu un rdv par rapport, fin c'était surtout pour le projet bébé au départ et il y a eu le rendez-vous avec un médecin et il y a eu le déclic où elle m'a dit là il faut une perte de poids donc ... »

Ou simplement **d'un conseil** :

- E4 : « Alors donc mon médecin ne m'a rien imposé. M'a... M'a par contre, m'a bien engueulé, m'a dit faut vraiment arrêter le sucre. Elle a été intransigeante sur le fait qu'il fallait de j'y mette du mien. Si elle voulait... Si je voulais être soigné, elle ne pouvait pas le faire seulement elle »
- E9 : « Ah oui mon cardiologue m'a dit ça fatigue le cœur »
- E12 : « il y eu le déclencheur de me dire : il faudrait que je fasse quelque chose là ! Et puis le déclencheur ça a été le rendez-vous avec le chirurgien. Et puis bon, maintenant, tu arrêtes tes conneries et puis on reprend le taureau par les cornes », « ça ne sera qu'un mieux de perdre du poids »

Dans d'autres cas, c'est le fait d'avoir atteint **un point de rupture** :

- E1 : « bah j'en ai ressenti le besoin », « j'avais l'impression de ne plus réussir à faire quoique ce soit sans être essoufflée, sans ... Pis je me sentais pas bien dans ma tête, dans mon corps, fin c'était ... Y avait besoin quoi. »
- E2 : « au quotidien on se voit pas, c'est quand tu vois des photos tu te dis : Ah ouais quand même, je suis comme ça ! Bon bah va falloir quand même se bouger ! »
- E5 : « j'ai pris du poids, (...) au fil des années à cause du stress, bah après... Au début c'est vrai que ça ne me gênait pas trop, mais après au niveau du travail tout ça et puis

comme ça n'avancait pas dans ma vie personnelle, bah... Après j'ai réagi quoi », « Au bout... D'un moment s'habiller à sa taille tout ça, ça devient un peu saoulant »

- E6 : « Ah ouais mais non là c'est trop », « Et je me suis dit faut vraiment faire quelque chose »

d. Mise en place

Pour les participants, l'initiation du changement de mode de vie a été brutale. Ils la présentent comme une **impulsion** qui engendre des modifications immédiates :

- E1 : « je me suis boostée », « je suis sortie du rendez-vous, j'ai regardé un peu, j'ai trouvé la salle de sport »
- E4 : « D'un seul coup », « je me le suis imposé du jour au lendemain » ,« Allez hop, c'est bon, là on arrête les conneries, on arrête les frais. Puis voilà, le lendemain c'était parti. »
- E6 : « Et je me suis lancée un peu sur un coup de tête finalement. C'était ce qu'il me fallait sur le coup pour changer de vie, pour changer de plein de chose. »
- E7 : « Je me suis dit bon aller maintenant je fais ça ! Mais ça s'est déclenché du jour au lendemain. Je veux dire la discussion, et aller en huit jours j'avais fait mon deuil de ma vie d'avant en me disant maintenant il faut que je me reprenne en main »
- E12 : « nan nan ça a été brutal, ouais ça a été brutal », « j'ai décidé de maigrir en... Je vais être précis parce que j'ai un tableur... Le 6 juillet 2019 »

Dans certains cas c'est **une opportunité** qui marque le début des changements comme : une cure, un déménagement à la campagne, une soustraction aux tentations ou une perte de poids brutale :

- E9 : « Et j'ai 2 ou 3 cures à Contrexéville », « Ecoutez, sincèrement après mon infarctus, mon médecin généraliste m'a dit : écoutez monsieur (...) si vous voulez vivre longtemps, et vous voulez voir grandir vos enfants et vos petits-enfants, vendez tout ce que vous avez sur (nom de ville) et allez vous retirer à la campagne. Mais à la campagne de chez campagne, c'est à dire, pas en bordure d'autoroute, pas en bordure d'une voie

rapide, dans un trou. », « Alors j'ai été passé 10-12 ans dans un trou. Et bah là, je me suis trouvé des activités »

- E12 : « j'ai eu à partir 15 jours », « Et je me suis dit tient, je serai tout seul là-bas, oh je vais essayer de ne pas prendre d'apéro », « Donc pendant 15 jours j'ai vu personne, ça a été très bien. Ça a été un bon départ. »
- E13 : « j'ai aussi eu, alors vous allez rire, j'ai eu quand j'étais à 122.2, j'ai eu une gastro. », « et du coup j'ai perdu 3kg. Et le fait d'avoir amorcé cette perte de poids là, je me suis dit, je ne remonte plus. »

Ou une **facilité d'accès** à la chirurgie :

- E3 : « j'ai vu une émission, à la télé justement, c'était sur cet anneau gastrique », « et j'ai demandé euh... je travaillais en orthopédie et au service de chirurgie plastique et j'ai demandé à madame (nom) qui était le chirurgien à ce moment-là, si elle connaissait un chirurgien qui posait l'anneau »
- E6 : « Et j'ai eu la chance, en guillemets, de faire partie des débuts et du coup, avoir des délais corrects, avoir un suivi qui a été assez rapide », « L'avantage comme j'étais en cabinet médical, j'avais tous les contacts sous la main. », « Fin moi ça s'est fait très rapidement »

2. Développement personnel

L'objectif de la démarche est à chaque fois personnelle. L'analyse des entretiens révèle le point commun de ces motivations individuelles : **le changement de statut**. La volonté de changer de statut est observée à plusieurs étapes de la démarche de changement de mode de vie, au début comme dans la phase de maintien. C'est un objectif qui regroupe plusieurs dimensions, comme par exemple : améliorer sa position sociale, atteindre ses objectifs, viser le bien-être ou se soigner.

a. Changer de statut

Changer l'**image que l'on renvoie** :

- E8 : « Je dirais que, quand tu vois le changement, quand tu vois l'écart entre ce que tu as été, ce que tu deviens... Quand tu vois que... C'est con hein. Mais quand tu passes

de 2 bourrelets au six-pack, et que t'es très bien fait. Et que tu arrives à la salle de sport et que t'es dans les mecs les mieux faits, tu... Ça, c'est une flamme intérieure »

- E12 : « j'ai pris conscience à ce moment-là que... l'image que je donnais aussi, de ça, que ma démarche n'était pas bonne ! Je savais, je m'en rendais bien compte mais sur vidéo. Oui ça, ça a été une image qui ... »

Vouloir plaire et rencontrer un(e) partenaire :

- E5 : « et puis comme ça n'avancait pas dans ma vie personnelle, bah... Après j'ai réagi quoi », « fin au bout d'un moment, je voyais que j'avais personne dans ma vie tout ça donc euh donc j'arrivais pas euh.... J'arrivais pas à avancer de ce côté-là »
- E8 : « C'est le regard des autres, tu commences à vouloir plaire à des filles et en fait, tu te prends en charge quoi. Ça a été surtout ça le déclic »
- E12 : « bah à l'origine un événement déclencheur non, pas spécialement, à part que je suis célibataire et que les rencontres Meetic ça ne se passait pas forcément bien non plus. », « Je suis un divorcé, alors voilà, c'est une des motivations. »

Être comme les autres et **exister** :

- E3 : « Je trouvais que c'était sympathique parce qu'il y avait des couleurs, il y avait des choses sympa et puis un jour, j'y suis retournée et puis et en fait euh... euh les grandes tailles étaient mises au fond du magasin et puis euh tout était des couleurs euh... des couleurs moches », « en fait les trucs grande taille c'est moche ! on fait tout pour vous mettre du noir, du sombre, du pas beau », « C'est tout une image, c'est tout un ensemble ou en fait on a l'impression qu'on voudrait que vous disparaissiez parce que les gros c'est pas bien, c'est pas ... c'est pas beau », « je voulais retrouver euh... comment dire... le fait de pouvoir se racheter des fringues dans les magasins euh... normaux. »
- E8 : « Y avait un peu de ça, mais y avait aussi le fait de se dire, ah putain, tu fais des choses un peu comme les personnes normales »

Devenir mère :

- E1 : « il y a eu le projet bébé », « fin c'était surtout pour le projet bébé au départ »

b. Atteindre ses objectifs

Prouver sa valeur et prendre sa revanche

- E1 : « Au bout d'un moment ben fin je voulais lui prouver que j'en étais capable »
- E3 : « Donc ça renvoie tout de suite une mauvaise image et ben en fait on se dit bah mince peut-être que si j'étais plus mince ça se passerait pas comme ça »

Avancer dans la vie

- E1 : « Je me suis dit que ce serait que bénéfique même pour tout, même pour ma vie au quotidien »
- E6 : « C'était ce qu'il me fallait sur le coup pour changer de vie, pour changer de plein de chose. »

c. Viser le bien être

S'estimer et se plaire :

- E2 : « pour l'image de soi »
- E3 : « Donc en fait, ça fait un déclic, en disant mince je vais redevenir euh je vais revenir, j'avais toujours la même chose en fait, une robe avec un caleçon », « Ou alors une robe noire assez large, ou alors un jean avec des tuniques assez longues et assez larges, pas de couleurs super ... fin »
- E5 : « Comme ça coinçait dans ma tête, comme j'arrivais pas à plaire physiquement... Je me trouvais trop gros », « Il fallait que je fasse un travail sur moi pour que bah... Déjà me plaire »
- E12 : « j'attends d'avoir atteint un poids plus... d'avoir une silhouette un peu meilleure », « oh il y a sûrement un fond inconscient de motivation, d'estime de soi », « le principal c'est d'avoir envie de (...) dire j'ai envie de perdre un peu tout ça. De dire quand je me regarde dans la glace ça me plaît pas trop ce que je vois »

Être mieux physiquement et se sentir bien dans sa peau

- E2 : « pour te sentir bien... »

- E5 : « Je voulais me faire opérer pour pouvoir maigrir et être bien dans ma peau. »
- E8 : « Je pense que c'est juste le regard sur toi. Quand tu vois ce que tu es devenu, voilà, y a besoin de rien faire »
- E12 : « Ah bah je veux perdre un poids, et c'est aussi pour moi parce que je veux pouvoir rebouger plus aisément », « quand on peut remonter une pente, sur laquelle on serait arrivé en haut complètement... arasé », « De la faire en une fois et pouvoir arriver en haut relativement frais quoi », « je sais que c'est très agréable et je voudrais bien retrouver ce genre de plaisir. »

d. Se soigner

A vaincre des troubles du comportement alimentaire :

- E10 : « c'est là que je me suis dit qu'il fallait que je résolve mes soucis de poids et mes troubles alimentaires. Parce que j'étais dans des comportements hyperphagiques », « j'ai commencé un suivi au centre de prévention, notamment parce qu'ils m'ont proposé là-bas un psychologue. Et mon rapport avec la nourriture je savais qu'il était conflictuel. », « je savais... Il fallait que j'arrête de manger... », « la question c'était pourquoi je n'arrivais pas à le faire. C'est pour ça que j'ai commencé le suivi. Donc je suis suivie par le psychologue là-bas »

Atténuer des pathologies chroniques et négocier le statut de malade :

- E4 : « Donc il y a des diabétiques dans ma famille, mais moi je pense pas, enfin aujourd'hui euh... Je pense pas être... je ne connais pas le diabète très bien puis... vous seul pour pourriez me le dire, m'éclairer là-dessus, mais au stade où j'en suis, avec le traitement que j'ai, je pense que... En faisant même encore plus d'efforts, je pourrais cesser ce traitement. »
- E7 : « à l'âge de 45 ans bah je faisais 120 kg euh avec 5 cachets pour la tension bah parce que j'avais des problèmes de tension j'ai déjà fait plusieurs paralysies faciales oui j'avais des gros problèmes de tension »
- E9 : « j'ai fait un infarctus. Alors euh... alors il a fallu forcément que je change de vie. Ensuite j'ai décidé de maigrir, d'abord pour mon cœur, pour ma respiration et pour mes articulations », « on s'est aperçu que je faisais de l'apnée du sommeil », « je fais de

l'ostéoporose aussi je crois », « j'avais des fois mal dans les genoux, mal dans les mollets »

- E11 : « je me suis retrouvée non seulement avec du cholestérol et des triglycérides et un diabète de type 2 », « Le diabète de type 2 il a été découvert par mon ancien ophtalmo c'est-à-dire qu'en fait j'ai fait un décollement de rétine », « je fais de l'hypertension », « j'ai donc fait plusieurs hémorragies » n « j'essaie d'avoir un mode de vie dont l'alimentation, on va dire euh... qui me permet de prolonger cette vie. »

Soulager des **douleurs** :

- E9 : « j'avais des fois mal dans les genoux, mal dans les mollets », « J'ai des séquelles bien entendu, de l'angor comme on dit »
- E12 : « j'ai un problème de genou assez conséquent », « Maintenant je ne peux absolument plus marcher dans les champs. Je marche avec une canne maintenant c'est de pire en pire », « j'ai une sciatique chronique »

3. Cheminement intellectuel

a. Comprendre

Les participants donnent une place importante aux informations concernant un mode de vie plus sain. Des informations qu'ils ont obtenues de différentes manières :

En se **renseignant seul** :

- E4 : « je suis allé sur Internet et j'ai fouillé. », « Donc j'ai pris conscience de plein de choses jusqu'à savoir qu'une pomme de terre, cuite en vapeur (...) aura moins de glucides qu'une purée... Enfin, tout un tas de détails comme ça dans l'alimentation. »
- E7 : « J'ai regardé un peu ce qui allait m'aller par rapport à ce que je mangeais pour pas avoir des coups de fatigue », « Mais c'est vrai que pour les apports, ce que je mange, euh c'est parce que moi j'ai regardé un peu partout ce que je pouvais trouver, avec quelque chose de facile, de simple à trouver et à manger. »
- E8 : « je me suis rendu compte de ce qui fait grossir, ce qui fait pas grossir », « j'ai compris là où était les calories, là où était le gras et le sucre. », « Regarder des vidéos sur le net, sur... sur la conscience de soi, sur comment entretenir la motivation. »

- E13 : « de relire tout ce qui est prévention.... Ouais je pense que je me suis fait un peu peur », « je me suis renseignée un peu de comment on pouvait faire pour euh.... éviter ça. »

Auprès de professionnels :

- E1 : « c'est avec une pesée, avec des conseils diét »
- E3 : « elle nous apprenait justement que le meilleur régime en fait c'était celui des diabétiques », « on apprenait à bah à refaire des ... des avec des espèces de dinettes, en fait, fallait qu'on reconstitue un ... un repas équilibré »
- E10 : « les ateliers c'est utile de voir madame (nom) qui est diététicienne », « c'était un atelier : les cinq doigts de la main, pour l'équilibre alimentaire »
- E11 : « elle m'a donnée un set de table déjà avec tout ce qui contenait l'équilibre alimentaire », « Et on croisait ce qui n'allait pas. Parce que moi j'avais l'impression quelque fois de faire tout ce qu'il fallait », « au niveau de, de mes analyses, elle m'expliquait bien à chaque fois... à quoi ça correspondait. Telle alimentation, à quoi ça conduisait »

Par **expérience**. Certains entretiens montrent l'intérêt de **se faire son propre avis**, de trier les informations à disposition et de se les approprier :

- E10 : « c'est elle qui m'a appris vraiment... euh... à faire la part des choses entre ce que l'on mange tout le temps, ce que l'on nous dit et la réalité. »
- E12 « j'ai toujours mon médecin », « c'est elle qui est nutritionniste », « on discute, elle me dit ah vous devriez faire ça. Mais des fois elle me fait un petit discours sur lequel je ne suis pas d'accord alors je ne lui dis rien », « il y a bien un truc que j'ai compris en 30 ans », « c'est une très mauvaise idée quand on fait un régime, c'est d'en parler autour de soi, parce qu'alors tout le monde donne son conseil », « je crois qu'il faut lire beaucoup, il faut tester certains trucs raisonnablement et puis il faut aussi savoir arrêter et puis analyser ce que l'on fait et en retirer quelque chose. », « oui une certaine expérience, a oui euh... à force de faire tous ces régimes, à chaque fois on en retire quelque chose quand même »

Il apparaît dans certains entretiens le bénéfice de **déconstruire certaines habitudes ou croyances** :

- E8 : « Moi je pensais que, que je me bougeais, mais au final je trouve que je me bouge pas tant que ça finalement au début quand j'ai commencé la perte de poids. J'ai compris ce que c'était d'être sportif. »
- E12 : « je respecte des choses qu'on a vu avec le pôle de prévention, qui est que bah notamment, il faut arrêter de dire notamment, bon bah je termine mon assiette. Maintenant on a plus faim, bon bah on ne termine pas son assiette. Alors qu'on a tous été éduqué à dire, fini ton assiette quoi »

Ce qui amène les participants à **réfléchir et adapter** leur mode de vie :

- E4 : « J'adore cuisiner en plus donc euh ça a été la redécouverte de tous les légumes qui puissent exister et j'en passe. »
- E8 : « Mais tout ça, ça a été un travail. Je pense qu'au début, si tu as un peu de mal, si tu varies, il faut bien que tu regardes les valeurs nutritives de ce que tu bouffes, que tu adaptes. Ça, ça te permettra d'aller dans le bon sens. »
- E11 : « j'ai appris à faire la cuisine », « j'essaye de faire des bonnes choses qui soient pas trop, pas trop caloriques »
- E13 : « J'ai réfléchi, fin je me suis renseignée sur le fait qu'il fallait une assiette équilibrée, la moitié des légumes tout ça, donc j'ai essayé de... d'acheter plus de légumes, plus de viande euh blanche plutôt que de la viande rouge, fin essayer d'éliminer ce qui est trop sucré de mon alimentation, des placards et euh... et du coup de faire des courses... plus raisonnées »

b. Changer de philosophie

Le changement de mode de vie implique de modifier la manière d'aborder les évènements de la vie notamment en prenant du recul avec un regard positif et en acceptant de faire des compromis. Les participants décrivent ce changement d'approche sous différents angles :

Un **changement d'échelle** et **valoriser chaque action** :

- E8 : « C'est des petits ajustements dans la vie ou des trucs superflus quoi. Les, les petits chocolats par-ci par-là, des petits carrés qui font prendre 100 cal. Bah tout ça, c'est des trucs qui servent finalement à pas grand-chose », « tous les soirs, que ce soit avant ou après bouffer, j'essaie de faire un tour, bah du pâté de maison », « Finalement tu, tu fais une petite sortie 2-3 km mais voilà, t'as perdu sur cette période-là, t'as perdu 250 cal. et c'est toujours ça de pris quoi »
- E10 : « quelque chose qui a changé ma vision des choses, c'est le changement d'échelle », « je me disais, entre faire une fois du sport et en faire zéro fois bah au final c'est vrai qu'il n'y a pas une grosse différence faut bien être honnête. Et ce qu'ils m'ont proposée c'est changer d'échelle. En disant bah oui, effectivement une fois du sport c'est pas énorme sur une semaine mais ça fait 4 fois dans le mois, ça fait 12 fois dans un trimestre. Et du coup, d'avoir eu cette vision-là, je me dis bah quand j'ai l'occasion de faire une séance de sport, même si c'est 10 minutes de sport et c'est sur une seule séance bah c'est toujours 10 minutes de plus. Et en fait ça, ça a vraiment... ouais changé... du coup, et puis en plus c'était encourageant parce que je me disais toujours bah je fais des trucs en plus. »

Mettre en évidence **les progrès** :

- E2 : « bah forcément, il y a la pesée tout ça, donc ça te motive encore plus... », « l'objectif ! quand tu vois que tu perds (...) bah forcément tu es plus content donc du coup tu... tu essaies de continuer pour perdre... fin. Plus tu perds, plus tu en veux »
- E7 : « et petit à petit, j'ai perdu du poids. Alors je suis habitué moi, depuis ma prise de poids tous les samedis matin, je me pèse. J'ai appelé ça la pesée du cochon. »
- E8 : « Tous les jours, tous les matins à jeun. Et tu suis en fait... Ouais ça, ça a été un truc qui m'a permis de... Si tu n'évalues pas la perte... », « Moi c'était ma manière d'évaluer. »
- E13 : « après je me, je me mesure, fin je me suis beaucoup mesuré et en fait euh... ben je... ça ça me motive à... à pas reprendre des centimètres. Plus que je me pèse en fait, je ne peux même pas dire à combien je... à combien je suis là mais je me mesure ouais »

Trouver un **objectif abordable et réaliste** :

- E8 : « c'est des petits ajustements en fait, c'est pas des efforts surhumains. Il faut comprendre que... Il faut une longue période, c'est des petits ajustements à faire sur soi-même. »
- E10 : « il faut avoir quelque chose sur lequel on a le contrôle et moi quand j'ai fait ma perte de poids, je n'avais aucun contrôle sur mon poids, j'avais le contrôle sur mon alimentation, sur le sport », « je préfère avoir des objectifs alimentaires, dire... parce que là on peut avoir le contrôle »

Être **pragmatique** :

- E8 : « Se lever donc, se lever simplement de son canapé, de sortir de son appart, ne serait-ce que pour aller faire un tour, ou marcher. »
- E10 : « j'étais à l'époque à côté du jardin des plantes donc du coup j'allais marcher dans le jardin des plantes. », « et puis là maintenant, j'ai déménagé à la campagne et j'ai un super petit trajet de campagne. »
- E13 : « alors de... trouver déjà une salle de sport pas très loin. Qui s'adaptait à mes horaires de travail, qui me permettait, d'y aller le midi, donc 3 fois par semaine »

Viser le **long terme** :

- E3 : « ça demande un an et demi rien que tous les ateliers en fait déjà fin comme on a des ateliers tous les deux, trois mois euh fin ça dure assez longtemps »
- E8 : « C'est des trucs, ouais, j'ai appliqué sur les 10 dernières années qui permettent de me maintenir. »
- E9 : « Mais c'est, c'est difficile à perdre hein vous savez c'est long »
- E10 : « je ne vais pas perdre aujourd'hui. Le but c'est pas de perdre aujourd'hui c'est d'être bien. »

Trouver des **compromis** :

- E3 : « je vais faire 4-5 km le dimanche, donc ça me permet de me vider la tête, d'aller dans les chemins, au calme, avec les petits oiseaux qui chantent et tout. Euh mon chien fait de l'exercice, moi aussi et voilà quoi en fait je me régule avec ça. »

- E8 : « Je dirais que quand tu te lances dans une activité, il faut que tu te lances dans une activité qui te, qui te fait pas chier quoi. », « je bouffe énormément. Je me rends compte parce que quand je vois les autres, je bouffe énormément. Et en fait je prends pas tant que ça parce que bah parce que en fait je bouffe bien quoi. Propre. »
- E10 : « Je me dis pas, oh tu vas faire du sport, tu vas voir c'est trop bien et tout, nan je déteste ça mais je trouve des compromis. Par exemple, là par exemple, j'ai acheté un vélo... », « D'appartement. Je sais que je vais en faire parce que je suis pleine d'auto discipline, mais du coup ma récompense c'est de regarder ma série. Là je me dis quand je fais mon vélo, y a pas les, je ne suis pas avec les enfants, je ne suis pas en train de travailler, je regarde la série, voilà c'est ma récompense. », « j'ai réussi à... à voilà, à trouver des petites astuces pour que ça soit plus agréable. »

Privilégier le confort de vie, en pleine conscience :

- E11 : « Et la deuxième chose c'est de me dire que le temps que je passe là-maintenant, il reviendra pas. Et que... il faut que j'en profite en fait. Il faut que j'en profite de ma vie, telle qu'elle est maintenant. Faut pas que je la passe dans le regret, parce que je peux à la fin de ma vie, si si je m'en rends compte, je peux me dire mais tu as vécu 10 ou 15 ans ou 20 ans de plus que ton mari, tu as vécu tout le temps dans la tristesse, dans le deuil et donc tu n'as pas profité de ces années-là et ça t'as rien apporté, et c'est ridicule. « Et donc de ce fait là, j'essaie d'avoir un mode de vie dont l'alimentation, on va dire euh... qui me permet de prolonger cette vie. »
- E11 : « ça fait quand même 18 ans (...) que je vais au pôle de prévention. Et je me rend compte, et elle me l'a dit elle-même l'infirmière c'est que ça évolue un petit peu, j'ai l'impression qu'on est plus dans... “faites-vous plaisir quand même” au début », « j'avais droit à rien, et puis progressivement, j'ai l'impression que les données ont un peu changé en régime »
- E13 : « il faut quand même s'autoriser des choses, mais en ayant conscience, fin prendre conscience de son alimentation. », « tu le manges en pleine conscience, tu sais que t'es en train de le manger, tu sais que probablement ça peut engendrer une prise de poids ou fin mais en tout cas, prend plaisir à le manger et puis du coup tu auras ce plaisir-là, tu auras peut-être moins envie de le remanger après. »

c. Changer d'état d'esprit envers soi même

Les participants évoquent une modification du regard qu'ils portent sur eux même lors de la démarche. Ils parlent de l'acceptation de soi et prônent une approche apaisée.

Se sentir bien :

- E3 : « j'ai repris 15 kg je suis à 85kg maintenant je ne bouge plus mais je préfère mon image maintenant », « je suis mieux là », « je sais que mon IMC n'est pas bon, mais en fait je m'en fiche », « là mon image elle me correspond »
- E5 : « Déjà physiquement je me sens mieux d'avoir perdu du poids tout ça. Et puis c'est vrai que physiquement je le ressens aussi, je suis moins essoufflé », « je suis remonté à 90 kilos. Mais au moins là je... Fin ça reste stable et puis euh... Moi je suis bien, je suis pas fatigué. »
- E8 : « des fois je fais un peu plus attention. C'est par période quoi. Mais voilà, je ne vais pas dans l'excès, je suis bloqué à 100 kilos de poids. Donc je suis quand même 16 kilos en dessous et entre temps j'ai pris 7cm donc ça va c'est plutôt... C'est plutôt lissé donc physiquement ça va »
- E10 : « Le but c'est pas de perdre aujourd'hui c'est d'être bien ! »

Faire preuve de **bienveillance** et **d'indulgence** :

- E10 : « le fait d'avoir le suivi justement psy, d'avoir du coup un... ça m'a donné un rapport beaucoup plus sain à mon alimentation, j'ai... je suis beaucoup plus... pleine d'auto compassion », « Donc euh... se dire des choses gentilles. », « Parce que moi je me disais des choses très méchantes et que... et ça n'aidait pas la situation. Euh là, du fait d'avoir beaucoup de compassion, justement d'avoir ce changement d'échelle, de se dire même un tout petit peu c'est mieux que rien. »
- E13 : « j'ai eu une petite baisse de régime il y a pas longtemps mais euh... Dans l'ensemble, là j'ai repris le sport aujourd'hui après une entorse », « j'ai pas pu faire de sport et je me suis un peu laissée aller pendant 4 semaines », « je dirais que dans l'ensemble j'ai quand même maintenu »

Déculpabiliser :

- E6 : « J'essaie de faire au mieux »
- E10 : « De ne pas culpabiliser parce que... parce qu'on craque », « je sais que, fin je me doute, que toutes les personnes justement qui sont en situation d'obésité comme moi, elles sont dans cette culpabilité, elles sont dans euh : les autres feraient mieux que moi, Alors que nan. »
- E12 : « ça m'a aidé un peu là-dessus, c'est que leur principe, c'est surtout ne pas culpabiliser »
- E13 : « En fait je ne me suis pas dit que je faisais un régime, je me suis dit que je reprenais en main mon alimentation et que je ne m'interdisais rien »

L'analyse des entretiens montre l'impact du **caractère** et de **l'état d'esprit** dans lequel doit se trouver la personne qui change son mode de vie. Les notions suivantes y sont illustrées :

L'autodiscipline :

- E7 : « ça m'a servi de motivation et pendant un an, j'ai fait ça, et je me suis obligé à y aller 3 fois par semaine », « Faut avoir de la rigueur. Pour moi c'est de la rigueur. »
- E10 : « Je sais que je vais en faire parce que je suis pleine d'auto discipline »
- E13 : « trouver déjà une salle de sport pas très loin. Qui s'adaptait à mes horaires de travail, qui me permettait, d'y aller le midi, donc 3 fois par semaine »

Etre déterminé :

- E4 : « Alors le conseil que je pourrais lui donner, bah c'est de ne rien lâcher »
- E5 : « J'étais déterminé. Et puis que je savais ce que... je savais ce que je faisais et puis ce que je voulais faire. », « dans ma tête c'était clair. Et enfin c'était déjà clair et net. »
- E7 : « Je suis un optimiste et je suis quelque qui... Voilà je sais ce que je veux et j'y vais en fait. », « Il faut être fort pour le faire, il faut s'accrocher »
- E8 : « Et en fait ça a été un engrenage et ça a été facile à démarrer comme évènement parce que j'avais décidé dans ma tête de changer. »
- E11 : « le fait d'avoir amorcé cette perte de poids là, je me suis dit, je ne remonte plus »

Etre combatif :

- E4 : « j'ai été surpris par moi-même, fin... euh par rapport à... comment dire... à ma réaction face à ce diabète excessif euh et j'ai fait un travail, euh... je me suis briefé moi-même »
- E8 : « au bout de la période de 8 semaines, si je ne te dis pas de bêtises, je perds euh... 25 kilos. Donc j'arrive à l'école, en ouais, en seconde, première. Et en fait, tu as le regard des gens qui sont très étonnés de ta... de ton changement... de ton changement physique. Et en fait ça, ça te galvanise un peu, donc euh ça pérennise les comportements que t'as... Que t'avais adoptés en vacances si tu veux »
- E12 : « je suis bien conscient que je fais un effort mais je suis motivé »

S'investir personnellement et financièrement :

- E2 : « on prend un coaching une fois par mois »
- E8 : « faut être dévoué au truc. Complètement à ça. Faire que ça, parce que sinon c'est difficile. », « Ta situation, elle a changé, tu passes d'un comportement sédentarisé à un truc où... Où là, tu te retrouves à faire du sport H24 dehors. »
- E13 : « là maintenant le fait d'avoir repris le sport, je sais que comme je vais aller faire une séance de sport, j'ai pas envie d'aller manger n'importe quoi », « parce que je me dis : j'ai fait un effort, ça a été dur euh... le but c'est voilà, c'est de me raffermir », « j'ai pas envie de tout gâcher en allant manger euh... du gras »

Surmonter ses craintes et les difficultés :

- E1 : « j'ai fait ma séance d'essai et pis bah j'ai confiance fin. Le coach m'a assez vite donné confiance »
- E3 : « j'avais dit jamais jamais ne je ferai de sleeve gastrectomie », « c'était quand même les début des sleeves », « il y avait beaucoup de gens qui faisait des fistules et on voyait vraiment des jeunes dans des états euh de santé déplorable », « Euh... beaucoup de complications »
- E9 : « La cure ça a été dure, ça a été dure hein. M'enfin bon euh... »

- E10 : « Et moi j'avais très peur de... », « d'un régime restrictif », « Donc du coup je n'ai pas du tout eu ce... cette angoisse de l'assiette vide... puisque je, je... le régime consistait à rajouter des choses »

Aller vers l'inconnu et surmonter ses réticences :

- E12 : « cette fameuse amie, qui m'a dit un jour, « mais balance tous tes bouquins de régime ! », « elle m'a parlé du pôle de prévention santé, elle m'a dit écoute, ils vont t'aider et tout. », « je pense, ça a été un fait déclencheur, en me disant bah écoute je vais essayer autre chose. Et là j'ai découvert le régime IG »
- E2 : « c'est pas facile non plus pour aller euh », « tu sais même quand tu n'as jamais fait de sport et que tu dois aller dans la première fois dans une salle, déjà ouvrir la porte pour aller te renseigner pour aller... »
- E10 : « je vais faire une séance. Alors je déteste ça le sport, toujours actuellement hein, c'est clairement euh... Voilà j'ai pas eu par contre de révélation mystique sur le sport »

Parfois jusqu'à l'extrême :

- E5 : « Il y a beaucoup de gens qui font une sleeve mais qui derrière ne veulent pas remanger », « c'est devenir boulimique », « les gens ils veulent pas manger », « C'est comme si c'était un anorexique », « ils revomissent toujours tout », « pas que ça devienne une obsession »
- E8 : « C'est arrivé plusieurs fois que je... ouais, ultra contrôle. Que j'arrête de manger le soir, que je, que je me dédie vraiment au sport tu vois. », « sur une période de 12 semaines, j'ai perdu 30 kilos quoi. Parce que j'ai poussé le truc au max, après avec des comportements parfois inadaptés, je m'en rends compte maintenant avec le recul, là où des fois je me disais le soir, là non c'est mort, je ne veux pas bouffer ça sert à rien. Et j'allais quand même faire du sport à jeun. Je me suis tapé, 2-3 hypotensions orthostatiques mais ça m'a pas arrêté », « Ouais clairement, il y a une phase un peu frénétique, un peu... psychorigide où j'ai poussé le truc où avec... Ce que je n'ai pas dit, c'est qu'il y a eu une inquiétude un peu... de par la famille, de se dire putain il est entrain de vriller complètement », « J'ai mis énormément de temps à reprendre des petits trucs comme ça. Je pense que sur, sur une période de 5 ans. Pendant 5 ans, j'avais coupé court quoi. »

d. Etre acteur

L'analyse du verbatim met en évidence que la personne qui change son mode de vie doit être actrice de ce changement. Une mise en mouvement qui peut prendre plusieurs aspects :

Fixer un objectif :

- E2 : « t'y vas pour perdre du poids en fait, donc du coup... », « quand tu vois que tu perds (...) bah forcément tu es plus content donc du coup tu... tu essaies de continuer pour perdre... fin. Plus tu perds, plus tu en veux », « l'objectif, au final ouais »
- E4 : « de regarder avec attention sa glycémie le jour où on lui a découvert ce diabète, s'il est dans le même cas que moi et de se focaliser là-dessus. Et de se dire non non faut retourner dans les normes. Après voilà c'est ce qui m'a motivé moi », « En faisant même encore plus d'efforts, je pourrais cesser ce traitement. »
- E12 : « par contre la bedaine qui se trouve sous l'estomac, ça je crois qu'elle ne va pas partir malheureusement, vous savez la bavette là », « ça je voudrais bien m'en débarrasser mais je crois que j'en ai pour très longtemps »
- E13 : « Pas tant la perte de poids mais plus me retrouver plus... comment dire plus ferme, fin tu vois quoi fin plus euh... ouais comment on dit je ne sais pas, plus ferme »

Parfois, essayer de le surpasser :

- E4 : « En faisant même encore plus d'efforts, je pourrais cesser ce traitement. »
- E7 : « Alors j'ai perdu qu'une dizaine de kilos en faisant que du sport et en faisant un petit peu attention à ce que je mangeais. Et du coup j'étais pas content du résultat et je me suis appliqué euh ... un régime de moi-même, en fait. Je me suis dit bon bah maintenant je vais manger ça ça ça. J'ai regardé un peu ce qui allait m'aller par rapport à ce que je mangeais pour pas avoir des coups de fatigue. Et euh ... Et du coup ça a marché. J'ai perdu 20 kilos. »
- E8 : « Tu te dis que pour améliorer les choses, il faudrait aussi que tu changes tes habitudes alimentaires »
- E12 : « vous savez la bavette là », « ça je voudrais bien m'en débarrasser mais je crois que j'en ai pour très longtemps »

Trouver de **nouveaux défis** :

- E7 : « je me suis mis un défi de reperdre tout de suite 10 kg et je me suis donné 4 mois pour perdre 10 kilos ce que j'ai fait », « j'ai traversé la France tout seul en vélo. Je suis parti (...) à côté d'Amiens jusqu'à Montpellier. En VTT, j'ai traversé la France comme ça, par les petits... par les chemins de campagne, par les chemins de terre. », « je suis dans les Vosges, je suis parti monter des cols en fait, et là, quand on va raccrocher, je pars pour 5h de vélo après. Je rentre, je ne suis pas fatigué. Je suis capable de faire des trucs comme ça. »
- E8 : « Et puis ouais, tu vois le truc. Si tu diminues, tu as des comportements qui font que tu pousses le vice au maximum pour voir jusqu'où ça peut baisser quoi. » *le participant E8 fait ici référence à l'évolution de son poids de corps.* « tu pousses le truc au maximum. Combien je peux en faire ?! » *dans cet extrait il parle d'exercice physique.*

Choisir le **bon moment** :

- E8 : « Quand tu commences le truc, je pense que c'est bien de ne pas avoir trop de choses dans la tête à... Que se soit pas une période compliquée pour toi faut... Moi, je commence toujours un peu en vacances », « un moment où je suis, je suis tranquille dans ma tête, y a pas de stress, y a pas de problème et voilà. Et moi j'utilise ces moments-là pour, pour faire des petits ajustements », « Moi c'est des périodes où justement, ça me permet de me recentrer sur moi et faire des petits ajustements alimentaires qui vont se pérenniser quand je vais revenir de vacances. »

Etre **acteur de sa vie** :

- E4 : « J'ai fait un travail tout seul, tout seul. Voilà. J'ai supprimé plein de choses dans mon aliment... J'ai changé plein de choses dans mon alimentation. », « Bah je la gère en fait. Je la gère, je pense plutôt pas mal »
- E6 : « J'ai fait beaucoup de sport pendant 2-3 ans bah avant Covid »
- E8 : « ça a suivi avec une inscription à la salle de sport. Notamment à la musculation. », « quitter la voiture, quand on se déplaçait avec la famille », « on a commencé à se déplacer à pied, transport en commun, à pied »

- E12 : « oui ! oui oui oui je sais oui. Depuis longtemps je le sais, après faut que ça soit... c'est moi qui dois le mettre en œuvre », « c'est un peu plus des efforts sur l'apéro quand même des fois... je suis un peu tenté de... bon je résiste, si je suis tout seul je résiste. »
- E13 : « j'ai revu toute mon alimentation »

4. Environnement et cadre

a. Démarche holistique

Lors des entretiens, les participants mettent en avant l'importance d'un accompagnement global et individualisé.

Plusieurs participants parlent d'une **personne ressource** qui les a guidés dans leur démarche :

- E1 : « j'ai confiance fin, le coach m'a assez vite donné confiance », « en me disant qu'on y arriverait, que si c'était mon objectif, on y arriverait forcément et pis bah et qu'il allait m'aider », « c'est surtout le coaching », « du coup ouais c'est ça qui m'a le plus aidé »
- E7 : « vous connaissez, Christophe, lui par contre m'a aidé. Et il m'a aidé avec pas mal de conseils quand j'allais à la salle de sport, sur la perte de poids, des choses comme ça. Tout ce qui était alimentation de récupération, c'est lui qui m'a donné des conseils et quand j'ai traversé la France, celui qui m'a dit ce qu'il fallait que je mange pour réussir et finalement les conseils qu'il m'a donné à cette période-là, je les ai gardé pour mon alimentation d'après en fait. »
- E9 : « c'est une femme en qui j'ai beaucoup de ... euh comment dirais-je .. de... respect ... pour son savoir », « je lui dois la vie et parce que... c'est une très très bonne (...) cardiologue. Alors tout ce qu'elle dit c'est..., je prends ça comme du pain béni », « Nan mais comme elle est très bonne je lui pardonne tout »
- E11 : « ça fait depuis 2008 que j'y vais au pôle de prévention. Et il se trouve que l'infirmière qui m'a prise en charge, elle, elle m'a accompagnée au travers de toutes mes turbulences de vie, et y compris mon deuil. Elle m'a accompagnée avec mes problèmes de sommeil. Elle m'a accompagnée au travers de tout, de toutes les embûches que j'ai pu rencontrer, qui fait que c'était un... un soutien permanent, en fait, cette personne »

Certains évoquent l'importance **d'une approche personnalisée et globale** :

- E1 : « Les séances personnalisées, les séances de 25 minutes où vraiment, c'est, fin il .. oui, c'est un suivi personnalisé (rires) et du coup », « fin y a vraiment un suivi en fait, c'est pas juste la séance et ça s'arrête là en fait... il relance, il encourage », « il nous contacte, il me contacte même en dehors des séances, il me remotive »
- E3 : « j'ai consulté euh ... avec le médecin qui s'était occupé de ça », « il m'a dit qu'y avait tout un euh bah en fait il y avait tout un... système de...on pouvait pas se faire opérer comme ça », « il fallait être suivi au pôle santé », « refaire une alimentation euh reprendre une alimentation correcte. Où en fait on avait des ateliers par une diététicienne, en groupe »
- E8 : « j'ai trouvé ça très généraliste », « Pas du tout centré sur la personne », « J'y suis jamais retourné »
- E11 : « Alors c'est mon médecin gynécologue. », « Qui voyait vraiment la personne dans sa globalité », « Elle m'a envoyé dans ce centre parce qu'elle m'a vu, elle m'a vu grossir progressivement », « ça s'appelle pôle de prévention, pour prévenir les maladies cardiovasculaires. Elle a pensé que ça pourrait m'aider », « elle m'a dit c'est une aide, une aide... à la fois sur le plan nutritif, sur le plan de l'équilibre en général », « Je me suis rendu compte que c'était quelqu'un qui m'aidait sur le plan global », « elle organise des activités de type marche et de type mémoire aussi »

Et l'importance de **cibler les besoins** et d'être **orienté au bon endroit** :

- E8 : « j'ai trouvé que son discours, il n'était pas adapté pour moi », « il a pas cherché à comprendre en fait comment je bouffais, comment ça se passait pour moi. Et donc j'ai pas du tout aimé »
- E9 : « j'ai fait des cures, j'en ai fait à Contrex, à Eugénie-les-bains alors là ça m'a servi strictement à rien », « c'était très agréable », « y avait des fruits confits, j'en ai mangé, j'en ai mangé... sans me préoccuper de mon diabète », « Le mieux pour moi c'est Contrexéville », « je vous dit j'y suis allé je faisais 130kg au mois de juin, à Noël je faisais 105. C'était vraiment efficace hein », « Et j'ai 2 ou 3 cures à Contrexéville »
- E11 : « Tous les 2 mois j'arrivais avec mon menu de la semaine qui précédait », « Et on croisait ce qui n'allait pas. Parce que moi j'avais l'impression quelque fois de faire tout ce qu'il fallait »

- E12 : « là j'ai fait quatre séances de... je ne sais pas comment ils appellent ça là, le début... découverte un petit peu », « les deux derniers entretiens que j'ai eu c'était avec la diététicienne. Elle m'a dit au dernier entretien, bah écoutez, moi je n'ai plus rien à vous dire, faudra retourner voir l'infirmière »

En proposant une **activité physique adaptée** par exemple :

- E9 : « je marche beaucoup, on m'a envoyé faire de la gym douce au pôle de prévention »
- E11 : « elle m'a orientée sur l'UFOLEP, qui est l'association pour laquelle il existe une... des activités sportives adaptées »
- E12 : « maintenant ça va faire un an et demi, j'ai commencé à me mettre à l'aquagym », « je fais deux à trois séances de kiné par semaine », « Dont une séance de kiné balnéo », « avec l'activité physique adaptée depuis maintenant deux mois trois mois et une heure et demi de renforcement musculaire avec un coach »

Dans un **environnement agréable**, parfois **démédicalisé** :

- E4 : « ce qui m'effraie le plus c'est être sous traitement à vie », « c'est même pas la contrainte, c'est que... Bah je sais pas, je ne pense pas que le corps soit... Soit vraiment constitué pour supporter des traitements médicamenteux à tout va »
- E9 : « Ah je préfère aller... Là-bas oui... Au pôle de prévention oui », « Ouais c'est sûr c'est pas la même ambiance »
- E8 : « je me souviens avoir vu un professionnel avant ça », « c'était un nutritionniste. Je n'ai pas du tout aimé l'abord médicalisé du truc avec les conseils (...) usuels »
- E11 : « J'y serai pas allée si ça avait été dans le cadre de l'hôpital. J'y serai pas allée mais comme c'est en ville que ça ressemble à... un petit cocon douillet, je me suis dit, Ben c'était sympa ça... ça va m'aider », « toutes ces pathologies m'ont obligée à me rapprocher d'une médecine pour laquelle j'ai beaucoup de réticence », « moi qui ai tant souffert de la médecine dans ma vie, être obligée de prendre autant de médicaments (...) ah ça me coûte, j'ai l'impression de m'empoisonner (...) même si je sais que je ne peux pas faire autrement »

b. Rôle du médecin

L'analyse des entretiens met en lumière le rôle du médecin dans la démarche, notamment au stade **initial** de la démarche :

- E1 : « il y a eu le rdv avec un médecin et il y a eu le déclic, où elle m'a dit là il faut une perte de poids »
- E10 : « j'ai eu des soucis au ventre, j'ai été hospitalisée sur une journée et c'est euh... le service a proposé en disant bah écoutez si vous voulez on a un suivi pour le euh... on m'a dit que clairement, là mon obésité elle avait des conséquences sur ma santé »
- E12 : « le chirurgien m'a dit Monsieur, il faudrait vraiment que vous perdiez du poids parce que ça va être vraiment difficile pour vous et bah voilà ça a été la motivation »

Ou lors du **suivi** :

- E3 : « si on consulte pas son médecin traitant régulièrement en faisant des bilans on peut tomber à avoir, avoir des carences parce que ben, comme on mange peu »
- E9 : « Quand je vais aller à l'hôpital, mon cardiologue il va encore m'engueuler. »
- E10 : « je mangeais de manière compulsive », « je peux plus facilement avoir mon médecin traitant que la psychiatre. La psychiatre j'avais rendez-vous tous les 15 jours, tous les mois. Euh si j'appelle, fin euh à moins qu'il y ait vraiment un gros soucis, je ne peux pas avoir de rendez-vous comme ça dans la journée. Mon médecin traitant je peux avoir un rendez-vous dans la journée. Donc si jamais j'étais pas bien, c'est elle que j'allais, c'est elle que j'allais voir », « en plus elle est copine avec ma psychiatre donc elles s'envoyaient des messages et c'est elle qui allait réajuster mon traitement », « Mon médecin traitant, parce que c'est elle qui fait les prises de sang elle a suivi mon poids donc euh, mon médecin traitant », « c'est elle qui allait suivre du coup la dépression etc. mais aussi l'alimentation et surtout euh... mon humeur »

L'accompagnement psychologique est présenté comme un élément décisif lors de la démarche :

- E1 : « un coté psychologique, enfin aide psychologique aussi »

- E10 : « j'ai commencé un suivi au centre de prévention, notamment parce qu'ils m'ont proposé là-bas un psychologue », « et le suivi continu », « le fait d'avoir le suivi justement psy, d'avoir du coup un... ça m'a donné un rapport beaucoup plus sain à mon alimentation »
- E12 : « l'infirmière référente, on discute un peu de tout », « c'est complètement ouvert et on peut parler de tout et il n'y a aucun jugement », « elle doit être un peu psy aussi je pense », « oh il y a sûrement un fond inconscient de motivation, d'estime de soi, c'est ce qu'on disait... je vous dis elle est un peu psychologue madame (nom)»

c. Besoin d'encadrement

Quelques participants disent avoir besoin d'un cadre, une forme d'autorité qui les oblige à poursuivre la démarche :

Un cadre qui limite les incartades :

- E2 : « au moins une fois par mois pour rappeler que attention euh.. Voila »
- E5 : « c'est surtout elle qui me recadre aussi donc euh... Bah le fait qu'elle me recadre »
- E7 : « je me suis inscrit dans une salle de sport où ça a pas trop marché parce qu'il y avait pas, parce qu'il n'y avait pas d'obligation d'y aller en fait », « quand je n'avais pas cette obligation là je me disais bah tant pis, j'y passerai demain », « Et c'est des photos que je garde. Que je garde en leitmotiv dans mon téléphone et que je regarde de temps en temps. Et en fait, on voit quelqu'un de très gros, et en fait, et je ne me vois pas moi »
- E9 : « Bah oui et puis ça m'oblige à me réveiller plus tôt »

D'une **autorité bienveillante** qui peut revêtir un aspect **paternaliste** :

- E4 : « je me suis fait grassement gueuler par mon médecin », « elle est pragmatique », « elle ne passe pas par quatre chemins pour dire les choses », « Elle a été intransigeante sur le fait qu'il fallait de j'y mette du mien. Si elle voulait... Si je voulais être soigné, elle ne pouvait pas le faire seulement elle », « je ... me suis tellement fait engueuler que j'avais l'impression d'être un gamin de 10 ans qui prenait une soufflante », « j'ai l'effet blouse blanche moi », « ça n'a été que du bonheur pour moi en fait, un mal pour un bien si je puis dire »

- E9 : « Ah mais mon cardiologue a été directe », « m'a dit bon faut maigrir », « Ah nan haha nan nan (rire sonore) nan elle me l'a pas demandé, elle me l'a imposé hein ! », « c'est comme la gym hein, elle m'a dit vous ! hop à la gym !! hein elle m'a pas dit voulez-vous faire de la gym hein. Elle m'a dit vous ! à la gym ! », « Quand je vais aller à l'hôpital, mon cardiologue il va encore m'engueuler »

Besoin d'un **suivi régulier** sur le **long terme** :

- E1 : « c'est le suivi régulier et il nous contacte, il me contacte même en dehors des séances »
- E2 : « tu sais que tu vas te peser le mois prochain quand tu veux encore plus euh... perdre »
- E6 : « j'ai pas vu grand monde en fait. La première fois donc il y a eu le chirurgien, un gastro, une diététicienne, un psy euh... il y a eu un chirurgien plastique après coup », « Au début à 1 mois, à 3 mois, à 6 mois, à 1 an et puis après bah c'est fini, y a plus rien. Donc il n'y a pas de suivi derrière », « jamais eu de truc derrière, y avait des visites à faire, c'est pas obligatoire »
- E7 : « Ouais c'est très bien surtout que je le voyais régulièrement, je le voyais tous les deux jours »
- E9 : « Ah bey oui parce que là j'y vais tous les lundis en gym, tous les lundi matin »

La menace d'une **perte financière** :

- E7 : « on achetait des ... alors on payait l'abonnement qui n'était pas donné et en plus on payait ses séances », « C'est-à-dire que si on ne venait pas à la séance, si on ne venait pas à la séance et bah l'argent était perdu. C'était considéré comme perdu. », « Et là, le fait d'avoir l'obligation d'y aller parce qu'on devait s'inscrire sur le cours et sinon on perdait son... c'était 12 euros la séance quand même c'était pas donné »
- E10 : « il y a une technique qui est beaucoup beaucoup trop extrême pour, mais je vous la partage », « c'est de fixer un objectif », « faire un gros chèque qui vous... voilà le but c'est pas de se ruiner, mais qui est assez conséquent par rapport à son budget, de le dédier à une association que vous détestez ou à un particulier que vous détestez et si vous ne satisferez pas votre objectif vous envoyez le chèque »

D'un **plan d'action** :

- E1 : « après ça a été un enchaînement, j'ai fait ma séance d'essai », « et du coup bah tout s'est enchaîné »
- E6 : « Avoir un vrai cursus, avoir un vrai... Je ne sais pas. Moi je suis très fiche méthode, c'est une déformation professionnelle mais le fait d'avoir un vrai guide avec les vraies infos. Ils devraient passer ça. », « un plan B en disant : « Voilà si vous avez besoin, vous pouvez contacter tel genre de personne »

5. **Place de l'autre**

a. **Impact de l'entourage**

L'analyse des entretiens révèle que l'entourage a un rôle à part entière dans la démarche de changement de mode de vie.

Le **conjoint** peut **aider** et/ou **limiter** le changement :

- E3 : « j'avais mon mari qui me disait : “oh quand je te touche je sens que de l'os” Donc en fait ça me faisait bizarre parce qu'il m'a toujours connue ronde, quand on s'est rencontré j'étais déjà ronde et en fait ... ça fait comme si on se disait minci il va aller... il va partir pour quelqu'un d'autre qui est rond parce qu'en fait j'ai trop maigri »
- E4 : « ma compagne m'a motivé, euh... Je l'en remercie énormément »
- E5 : « Ah bah c'est grâce à madame », « Elle m'aide. Ouais elle m'aide beaucoup »
- E6 : « J'étais avec mon ancien conjoint et ... Il a eu une alimentation pas saine du tout », « je fais la même chose que lui et c'était plus simple et... Et ça nous évitait de... Enfin, voilà de s'embêter à faire plus de courses, plus de choses »
- E11 : « le médecin lui disait toujours qu'il mangeait trop gras. Il avait beaucoup de difficultés à se restreindre. Et moi, bon ben je, je suivais un peu en fait », « Et j'aimais bien, il faisait très très bien la cuisine », « En fait, au départ, c'était parce que je, je revenais avec des, des menus, des recettes, et j'espérais aussi que mon mari modifie un petit peu sa cuisine. Bon, il n'a pas réussi »

L'environnement familial peut aussi avoir un **rôle paradoxal** :

- E1 : « il y a eu aussi l'environnement familial qui m'a un peu aidé d'un sens. J'ai une sœur qui n'est pas du tout de la même corpulence que moi et qu'a eu tendance à me faire beaucoup de réflexions, à me lancer des p'tits pics ou des p'tites réflexions comme ça, par ci par là, et ça c'est pareil, au bout d'un moment ben fin je voulais lui prouver que j'en étais capable »
- E3 : « comme il me connaissait ronde, qu'il m'a vu d'un seul coup... fin qu'il m'a vu au bout de quelque temps très mince, tout de suite la question se pose, mince est ce qu'elle est gravement malade ? »
- E6 : « Les gens ne comprennent pas ça. Ils ne comprennent pas. Moi je sais que ma famille c'était compliqué de me voir pas manger, de ne pas comprendre, fin pas comprendre... D'être... Ouais de mal vivre le fait que je ne mangeais pas »

Pour plusieurs participants, une part de l'excès de poids est attribuée à **un héritage familial** :

- E3 : « Bah oui ! dans notre famille euh fin du côté de ma mère, tout le monde est rond », « Donc on a le gène je pense, le gène de l'obésité », « du côté de mon mari c'est pareil »
- E5 : « Comme on est tous costaud dans la famille, on sait très bien que voilà »
- E8 : « On est tous un peu bien portant dans la famille. Euh... On aime tous manger »
- E11 : « ce sont des pathologies familiales », « on a un problème hormonal dans notre famille, de mère en fille », « il faisait une cuisine un peu grasse, c'était familial de son côté »

La démarche peut fortement **impacter le quotidien de proches** :

- E3 : « c'était un moment dur pour tout le monde en fait, pour toute la famille », « on habitait une maison amiénoise et y avait le euh ... on a fini par commander un lit médicalisé », « comme y a eu les complications après euh... ça a été un peu difficile quoi euh parce qu'en fait on faisait plus rien, tout le temps où j'ai eu ma sonde gastrique j'étais enfermée dans la maison, on ne recevait plus personne, ça a été assez difficile »

Et leur apporter des **bénéfices** :

- E8 : « Mais effectivement, comme tu dis euh... Quand j'ai changé mes habitudes alimentaires, toute la famille a suivi », « maintenant ma mère, elle a poussé le truc dans le

drastique total quoi tu vois. Genre maintenant y a jamais de féculents à la maison c'est que des légumes... Et ça c'est des trucs qui se sont pérennisés sur 10-15 ans quoi », « C'est vrai mais elle pour le coup, voilà elle a perdu 10-15 kilos sans sport mais voilà elle a mis 4-5 ans quoi. »

- E11 : « pour me maintenir en bonne santé pour mon entourage, ne pas être un poids », « pour être au contraire quelqu'un qui reste malgré l'âge quelqu'un qui reste (...) moteur quoi. Moteur de moi-même et moteur pour les autres »

Pour certains, **protéger son enfant** est une composante importante de la démarche :

- E3 : « on a toujours fait attention pour les enfants »
- E5 : « Puis là comme vient d'avoir un petit bout bah... Je le fais aussi pour le, pour le petit bout pour enfin... qu'on ait de bonnes habitudes, pour pas que lui il soit... Qu'il ait des problèmes de poids »
- E10 : « Et aussi justement le fait d'avoir une petite fille euh c'est là que je me suis dit qu'il fallait que je résolve mes soucis de poids et mes troubles alimentaires. », « je voulais que ma petite fille ait un rapport sain avec l'alimentation », « je savais que ce ne serait pas possible si je continuais à avoir des comportements euh... fin des, des... fin d'être dans des troubles alimentaires. »
- E11 : « Alors, la première chose, c'est... ce sont mes enfants », « j'ai envie de me maintenir en vie pour eux. Pour pas qu'ils subissent une deuxième euh... On est très soudé en famille, hein ! et pour pas qu'ils subissent un deuxième deuil... »

b. Besoin d'étayage

Certains participants expriment le besoin d'un étayage au cours de leur changement de mode de vie.

Suite à l'échec des régimes :

- E5 : « Ben auparavant j'avais déjà fait pas mal de régimes tout ça mais ça n'avait pas fonctionné »
- E6 : « J'ai toujours été au régime depuis l'adolescence », « J'étais suivi par des nutritionnistes, diététiciens, j'ai été suivi par mon médecin, j'ai fait des régimes tout ce qui peut

passer, probable comme imaginables », « j'étais moins 10, plus 15, moins 5, plus 5... », Enfin ça a été que ça avec tout le temps, tout le temps, depuis mon adolescence quoi »

- E11 : « pas de médicaments, simplement un régime mais un régime que j'ai eu beaucoup de mal à suivre parce que moi je travaillais en IME et le midi, je mangeais avec les enfants un repas que je ne choisissais pas »
- E12 : « j'ai questionné tous les régimes possibles (...) j'ai fait Ducan, j'ai fait à l'époque Montignac, j'ai fait des suivi avec le Professeur (nom) » (endocrinologue), « J'ai 36 trucs euh... (...) j'ai fait le régime IG, ensuite plus récemment je me suis mis aussi euh j'ai essayé la micronutrition »

Car la tâche, en solitaire, est **trop ardue** :

- E6 : « je me suis dit faut vraiment faire quelque chose. Et de moi-même. Enfin sans la chirurgie, je n'aurais pas réussi et j'aurais pas eu le... le courage de me lancer dans tout ça », « Les bases, je les ai depuis toujours. Les bases, on les a tous, je pense, mais c'est juste une question de mise en place et ce n'est pas possible... Fin ce n'était pas du tout possible pour moi », « toute seule, je n'y arrivais pas »
- E7 : « Mais je pense que quelqu'un qui n'arrive pas à faire ces démarches-là, il faut être aidé par un diététicien ou par un médecin. Mais je pense qu'il faut être aider ouais. »
- E10 : « mon problème il ne venait pas de là, je savais... il fallait que j'arrête de manger... », « la question c'était pourquoi je n'arrivais pas à le faire. C'est pour ça que j'ai commencé le suivi »

Certains éprouvent le besoin d'appartenir à une **communauté** :

- E6 : « peut-être des groupes avec des personnes qui ont fait l'opération en même temps que moi ou des choses comme ça. J'y suis allée, y a eu un système sur (nom de ville), y a un système où est ce qu'on se regroupe entre personnes mais pas pendant le cursus de l'opération en fait. Donc quelque fois avant et je crois que c'est tout. Et on rencontre des personnes qui vont se faire opérer. Et voir les différents profils », « peut-être que de me retrouver avec des gens qui ont compris, qui comprennent cette situation ça aurait peut-être été moins gênant »
- E7 : « Faut être accompagné, il faut avoir... je sais que par exemple moi c'est faire un bike, maintenant j'ai plein de copains, on s'appelle les fous du bike parce qu'on est là

tout le temps, depuis 10 ans, ensemble et du coup c'est une petite communauté entre nous et on sort ensemble de temps en temps », « on a tous cet esprit sportif, et de faire attention et de se challenger en fait. Et le fait de se challenger tout le temps, fait que bah moi je trouve cette motivation plutôt sympa et cette rigueur »

- E9 : « Ah oui et puis on voit des gens... Et puis on se fait des amis quoi, fin des relations »
- E11 : « trouver des situations de convivialité, c'est à dire de ne pas faire d'efforts tous seul devant sa télé », « de trouver des moments de joie de vivre à partager avec d'autres et au travers de ces situations de trouver des recettes de... des recettes plus légères »

Ils voient parfois **l'autre** comme **un élément moteur** :

- E6 : « Ouais de ne pas être seule face à ça. De pas me dire... Fin que mon conjoint, par exemple me dise que : « Bah je vais t'aider. Je vais être comme toi dans la même démarche que toi », « et dire qu'on fait attention, pour préparer des plats ou des choses... préparer un menu à l'avance, préparer les courses à l'avance etc », « de se dire, si voilà, si on est 2, au moins 2 face à ça dire ben voilà, on prépare vraiment la semaine saine, on prépare les courses, on prévoit les choses. Si c'est prévu, ça va aller mieux »
- E7 : « il faut prendre plaisir dans le sport », « il faut trouver le petit truc qui va et les copains qui vont avec, et les copines qui vont avec. Si on est tout seul dans ça, on ne peut pas y arriver »
- E11 : « dans chaque activité que je fais, que je fais effectivement bénévole, donc tournée vers les autres, j'y trouve un bénéfice, un avantage », « Parce que je trouve c'est toujours des gens très intéressants et je trouve des gens qui sont militants et ça me donne une vie, une vivacité », « et puis bon le fait aussi de, d'être très entourée d'avoir beaucoup de monde autour de moi, j'ai appris à faire la cuisine »
- E13 : « j'ai une copine qui est infirmière aussi et qui fait un rééquilibrage alimentaire et qui reprend le sport, en fait on se motive... à deux. »

c. Coup de pouce

Certains participants ont bénéficié d'une aide momentanée qui a bénéficié à leur changement de mode de vie :

Une **initiation passive** :

- E9 : « L'année suivante mon cardiologue m'a envoyé au pôle de prévention du patient, où là j'ai suivi des cours, tous les cours hein euh... Avec la nutritionniste et puis la gym douce, marche nordique etc. »
- E10 : « c'est ça qu'il y a de très intéressant c'est que euh... ce rendez-vous avec le centre de prévention justement ce n'est pas moi qui l'ai pris », « j'ai eu des soucis au ventre, j'ai été hospitalisée sur une journée et c'est euh... le service a proposé », « de prendre rendez-vous justement (adresse du pôle de prévention) et je pense que ça a été très important qu'ils prennent le rendez-vous, je pense que s'ils m'avaient donné la carte, je ne pense pas que j'y serai allée »

L'introduction d'un **traitement** :

- E9 : « Bon maintenant il faut dire aussi que je suis sous Ozempic », (sémaglutide) « il faut dire que ça aide aussi les choses », « C'est vrai je dois être aidé par l'Ozempic, parce que bien souvent je n'ai plus faim »

Le **prêt de matériel** :

- E7 : « pendant le confinement, la salle de sport qui m'a prêté un vélo, de bike, que j'ai mis chez moi, donc je mettais la musique et tous les jours je m'astreignais à faire 1h30 de vélo »

La **routine des copains** :

- E8 : « Un système où tous les soirs ils sortaient et ils faisaient un petit footing. J'y allais de base parce que j'appréciais les gens et puis en fait ça s'est pérennisé et puis pour moi ça s'est pérennisé sur 10-15 ans »

L'**accessibilité du médecin traitant** :

- E10 : « médecin traitant vraiment, je vous dis c'est elle qui a chapeauté. Moi dans mon cas justement de... alors c'est l'accessibilité au médecin traitant qui a fait justement que ça a pu... se pérenniser », « si vous avez des gens dans cette situation là, vous êtes vraiment le médecin de proximité, et vous pouvez voir aussi si on fait n'importe quoi. Parce que pareil les délais pour voir la diététicienne, ils sont assez long. Donc imaginons, dans ma tête je me dis, bah tient aujourd'hui j'ai décidé que je vais arrêter la viande. Euh bah si je vois justement la diététicienne, je peux faire n'importe quoi en attendant. Donc

c'est vraiment, que de voir le médecin traitant en attendant en disant bon bah j'aimerais arrêter la viande, en attendant de voir la diététicienne, elle peut donner des conseils en disant bon bah attention si on arrête la viande il faut faire, ça, ça, ça »

La période estivale :

- E8 : « c'est en période estivale donc l'alimentation... On est passé d'un truc où tu manges... Tu manges beaucoup à des salades le soir », « C'est vraiment un avantage considérable »

6. Démarche non aboutie

Pour quelques participants le changement de mode de vie est vécu avec difficulté. Dans certains cas, les modifications ne sont pas maintenues dans le temps. Plusieurs éléments influencent le retour à l'ancien mode de vie.

a. Changement de priorité

Quelques participants changent de priorités. Ils sont influencés par certains phénomènes :

Un retour aux anciennes habitudes, parfois de manière progressive et insidieuse :

- E6 : « Manger normalement, non. Mais équilibré non plus parce que je mangeais que ce qu'il passait », « Là je suis à 80 – 90 kilos à quelque chose près. 90 quand même mais le chirurgien, il se basait sur 80, 85 kilos Max. Fin au niveau de la perte », « d'après ses calculs à lui je pesais, enfin je pourrais faire en poids de... Stable 82 kilos à peu près.
- E12 : « et depuis bah progressivement, par petits paliers bah, ça remonte, ça remonte, ça remonte. Et jusqu'à ces derniers temps bah j'ai dit bon ça fait quand même, ça fait un petit moment que je me dis il faudrait que je baisse un peu, il faudrait que je baisse un peu »

Ne pas savoir **dire non** :

- E12 : « je ne sais pas dire, enfin à l'époque je ne savais pas dire : je passe l'apéro », « j'ai décidé que c'était un verre de vin par repas et... Pas d'apéro sauf quand j'étais avec quelqu'un », « Depuis longtemps je le sais, après faut que ça soit... c'est moi qui dois le mettre en œuvre »

La perte d'envie :

- E1 : « j'ai perdu pas mal de motivation »
- E2 : « faut avoir le temps, faut... pour se dire bon aller aujourd'hui euh... »

Se sentir dépassé :

- E1 : « Faut suivre aussi donc bon... »
- E6 : « Pour le peu de personne que je connais et qui s'est fait opérer. C'est vrai qu'ils se refont opérer derrière, il y en a qui, qui perdent complètement pied », « Mais y a beaucoup aussi qui... Peut-être la plupart je pense, qui, qui reprennent beaucoup et qui se perdent un peu après », « C'est pas vraiment des conseils, mais c'est une mise en garde... »

Un changement de projets :

- E6 : « Là actuellement je suis maman d'une petite fille qui a 8 mois. », « Et je suis remontée à 80... kilos passés après ma grossesse »
- E10 : « Et après j'ai stabilisé, stabilisé, stabilisé, jusqu'à ma grossesse où là... c'était... compliqué »

Ne pas atteindre l'objectif :

- E1 : « malgré la perte de poids, le projet initial, fin vraiment le pourquoi j'ai fait tout ça c'est ... ca n'a pas évolué plus que ça. Je répondais plus au traitement par rapport à la perte de poids mais y a pas eu de grossesse », « C'était trop long »

Les évènements intercurrents :

- E6 : « Pas partir là-dedans en se disant c'est magique et tout va bien se passer. C'est pas forcément vrai et puis pas se dire que », « Il y a des aléas qui font que... »
- E10 : « je viens d'accoucher, il y a 3 mois, d'un petit garçon. J'ai pris 30 kg pendant ma grossesse quoi euh et là j'en ai encore 24 à perdre, pour retourner à mon poids de début de grossesse »

L'investissement financier :

- E1 : « après il y a le côté financier aussi ... », « Ouais c'est quand même un gros investissement financier les séances de coaching comme ça »

- E6 : « Et j'ai vu mon chirurgien au bout d'un an et puis après plus rien. Donc j'ai jamais eu de truc derrière, y avait des visites à faire, c'est pas obligatoire, enfin c'est pas pris en charge »

Ne plus être guidé, perdre le cadre :

- E1 : « Fin oui après y a eu le covid aussi avec euh... la salle elle a fermé »
- E3 : « parce qu'en fait on n'a pas de suivi après », « on est lâché dans la nature si on veut un suivi c'est à nous de le prendre »
- E6 : « Mais après en fait, il n'y a pas de suivi, fin moi il n'y avait pas de suivi à l'époque », « Avoir un vrai cursus, avoir un vrai... Je ne sais pas. Moi je suis très fiche méthode, c'est une déformation professionnelle mais le fait d'avoir un vrai guide avec les vraies infos. Ils devraient passer ça »

b. Démarche passive

L'analyse des entretiens montre que lorsque la perte de poids fait suite à une intervention bariatrique (pose d'anneau ou chirurgie), il est facile de revenir à ses anciennes habitudes de vie. Le changement de mode de vie nécessite une implication quotidienne et entière.

La chirurgie n'est pas une **baguette magique** :

- E3 : « à ce moment-là c'était le remède miracle pour l'obésité », « Parce que comme c'est long, en fait on voudrait, comme euh tout le monde, un coup de baguette magique et puis pouff voilà euh j'ai perdu tous mes kg et c'est super. En fait c'est pas du tout ça »
- E6 : « y en a qui voient ça comme une baguette magique à dire : « je vais perdre 50 kilos, ça va être super cool » sauf que c'est pas super cool. C'est... c'est difficile autant psychologiquement », « Pas partir là-dedans en se disant c'est magique et tout va bien se passer. C'est pas forcément vrai et puis pas se dire que... Ça reste, c'est, c'est, c'est constant. C'est à dire : je vais perdre du... Je fais tel poids à l'instant T, je vais me faire opérer, ça sera très bien, je vais pouvoir faire du 38 toute ma vie. Bah non en fait ça ne marche pas comme ça. Il y a des aléas qui font que... Et je... Pour le peu de personnes que je connais et qui s'est fait opérer. C'est vrai qu'il se refont opérer derrière, il y en a qui, qui perdent complètement pied », « il y a quelques-uns qui gardent la forme parce

qu'ils arrivent à avoir le... La niac pour voilà, faire le sport, etc. etc. Mais y a beaucoup aussi qui... Peut-être la plupart je pense, qui, qui reprennent beaucoup et qui se perdent un peu après. »

La chirurgie n'est **pas un geste anodin** :

- E3 : « cet anneau gastrique », « il a fait beaucoup de dégâts au niveau de l'estomac de... et du reste », « ils ont commencé sous coelio, ça a fini en laparo », « j'ai fait des fistules », « ça a nécessité une hospitalisation, pose d'un drain pour laver la collection purulente », « on nous pose une sonde gastrique lestée qui va jusqu'au jéjunum. On est nourri par une ... par voie euh par voie euh sonde gastrique », « ils m'ont mis une prothèse œsophagienne », « en tout j'ai été à la maison quatre mois avec ma sonde gastrique », « on l'a changé quatre ou cinq fois »
- E5 : « Parce que la sleeve, fin c'est... moi je l'ai faite mais derrière j'ai quand même quelques complications. J'ai quand même fait des occlusions »
- E6 : « suite à l'opération, j'ai passé un mois complet à vomir constamment », « J'ai vomi pendant... 6 mois quasiment, quasiment tous mes repas », « j'ai fait des calculs biliaires. Je me suis faite opérer de la vésicule 6 mois après », « je ne supporte pas non plus certains aliments », « mon corps ne peut pas », « Je vomis encore certains plats, ça ne passera pas parce que c'est trop sucré ou trop gras ou je ne sais quoi, trop riche ou peu importe »

Les participants qui ont bénéficié d'une intervention bariatrique, disent que le maintien de la perte de poids et lié à une **démarche de fond** :

- E3 : « il faut être accompagné parce que sinon euh ... on peut vite retomber dans euh... repartir dans l'excès et comme l'estomac de toute façon c'est une poche, on a des re-sleeves, ça arrive qu'on ait des re-sleeves, où les gens ont tellement repris de poids qu'ils font carrément des bypass »
- E5 : « Après si les gens qui veulent se faire opérer (...) il faut que ça vienne surtout d'eux quoi. Il faut que ça soit... quelque chose de bien réfléchi, pas qu'ils le fassent... », « Sur un coup de tête quoi, faut que ça... faut être vraiment passer par toutes les étapes, faut que ce soit bien muri »

La perte de poids **ne garantit pas un mode de vie plus sain** :

- E3 : « Je mangeais moins mais je ne mangeais pas aussi bien équilibré nan », « il était devenu poreux », « il ne tenait plus serré », « comme mon alimentation de base n'était pas super super euh j'ai repris tous les kg que j'avais perdu et même plus »
- E6 : « Je n'ai pas fait de sport du tout », « parce que j'étais trop fatiguée pour », « Mais pendant au moins 3-4 ans à la suite, je ne mangeais pas des quantités normales », « il y a des trucs qui passent très bien hein. Malheureusement, un paquet de chips ça passe beaucoup mieux, qu'une carotte. Fin c'est quelque chose que voilà c'est comme ça que ça se passe... », « Manger normalement, non. Mais équilibré non plus parce que je mangeais que ce qu'il passait », « malheureusement, j'ai pas de, j'ai pas de faim. Si vraiment j'ai envie de manger autre chose je le mange »

c. Changement trop rapide

Certains participants ont eu du mal à accepter leur corps après une perte de poids. Il semble pertinent de considérer les goûts esthétiques de chaque individu et de garder à l'esprit que les personnes opérées ne sont pas toujours préparées à se voir aussi mince :

D'où l'importance de **se projeter** :

- E3 : « c'est bien aussi ces ateliers là mais ils devraient montrer des photos avant-après des personnes qui l'ont fait », « Pour se rendre compte de ce que l'on peut devenir », « on... se reconnaît pas dans le miroir », « le changement d'image est tellement rapide que.. je pense qu'on... je pense qu'on s'habitue pas », « Et puis on a la peau qui tombe on est ... fin on est... on... l'image n'est pas, n'est pas belle »
- E6 : « Ça aurait été pas mal aussi. Bah se retrouver face à... Oui au changement qu'il y a pu avoir, parce que bon passer d'une taille tant à une taille tant ou de... la façon de se percevoir etc. C'est différent et de se retrouver un peu face à ça, c'est un peu compliqué je pense, tout seul », « j'ai perdu beaucoup beaucoup de poids très, très rapidement », « Assez... Perturbant pour le coup, parce que c'était plus un corps que j'avais l'habitude quand forcément... Je me sentais mieux à 75-80 qu'à 60 »

D'apprivoiser son nouveau corps :

- E3 : « je me suis aperçue d'un seul coup en me regardant dans la glace, bah je me dis bah mince j'ai plus de fesses en fait », « j'avais pas remarqué, c'est un jour comme ça en regardant », « Pour pouvoir accepter euh son... son nouveau corps et puis bah pouvoir en parler », « C'est vrai que l'accompagnement est important derrière, parce qu'en fait l'image elle change tellement vite », « Oh oui c'est impressionnant, quand d'un seul coup vous regardez dans la glace, bah j'ai plus de fesses ! »
- E6 : « Qu'a 62. Bah c'est vrai qu'en plus si ça a été très rapide, au niveau du corps c'est difficile de se faire au changement, en 6 mois, c'est dur en tout cas »

7. Poursuite du changement

a. Motivation profondément ancrée

Dans certains cas, la démarche de changement s'inscrit dans un **cheminement de fond** :

- E3 : « ça demande un an et demi rien que tous les ateliers », « fin comme on a des ateliers tous les deux, trois mois euh fin ça dure assez longtemps », « moi je pense que ça ... nous fait réfléchir », « si ben on est prêt », « comme c'est long », « si c'est vraiment ça qu'on veut ou pas »
- E5 : « La sleeve c'est bien mais... Déjà de... Au moins essayer de perdre du poids par soi-même », « c'est l'alternative, il faut que ça vienne de vraiment de la personne », « si les gens qui veulent se faire opérer il faut que ça vienne surtout d'eux quoi. Il faut que ça soit... quelque chose de bien réfléchi, pas qu'ils le fassent... », « Sur coup de tête », « Faut être vraiment passé par toutes les étapes, faut que ce soit bien muri »
- E12 : « ça doit faire partie de toutes les briques qui font que... cet espèce de petit mur sur lequel je m'appuie maintenant pour essayer de maigrir »

La **démarche est individuelle**, même en cas d'aide extérieure ponctuelle :

- E1 : « il y a eu (prénom du conjoint), il m'a quand même aidé un p'tit peu, mais ... euh »
- E2 : « Ah je le fais tout seul sans aide »
- E3 : « Mon mari m'a dit, tu vois, c'est toi qui vois »

- E8 : « Y a un truc qui m'a aidé, c'est que la famille comprenne plus vite ce que j'étais en train de faire », « parce que t'as 15 ans et c'est la mère qui te fait à manger », « la petite copine à la maison », « Elle est absolument pas dans le même délire, ni sur le plan physique, ni sur le plan alimentaire. Elle tu vois, son meilleur ami, c'est McDo », « Donc effectivement, je me laisse un peu aller mais euh... Je suis dans une zone d'équilibre »
- E12 : « il y a bien un truc que j'ai compris en 30 ans », « c'est une très mauvaise idée quand on fait un régime, c'est d'en parler autour de soi, parce qu'alors tout le monde donne son conseil, chacun son avis, les machins, les trucs débiles possible donc je crois qu'il faut lire beaucoup, il faut tester certains trucs raisonnablement et puis il faut aussi savoir arrêter et puis analyser ce que l'on fait et en retirer quelque chose »

Les participants évoquent des **comportements devenus automatiques** et des changements **intégrés dans le quotidien**.

- E5 : « enfin c'est notre mode de vie »
- E8 : « c'est rentré après assez facilement dans mes habitudes », « ça s'est pérennisé assez facilement pour moi. », « Ces comportements là en tout cas, ils se sont poursuivis très longtemps », « ça devient une culture chez soi », « La culture de bien bouffer, de faire attention à soi »
- E10 : « bah c'est rentré dans mes habitudes et toujours maintenant, je vous dis les 5 doigts de la main », « alors que moi c'est quelque chose qui m'a beaucoup euh... aidé »

Dans ce cas **il n'y a plus efforts à fournir** pour manger équilibré et pratiquer une activité physique régulière. C'est un phénomène difficile à expliquer pour les participants :

- E4 : « Je crois que c'est encré maintenant », « je me le suis imposé du jour au lendemain et c'est resté », « sans trouver de contraintes vraiment », « Le changement, je l'ai fait sans problèmes », « je me le suis inculqué », « J'ai l'impression que ça a été, pas naturel, mais euh presque »
- E8 : « il y a eu un truc intrinsèque, un truc, une flamme en toi qui, qui s'éteint pas et qui... ça je ne saurais pas dire », « ça a été facile à démarrer comme événement parce que j'avais décidé dans ma tête de changer »

b. Garder le cap

Le **maintien de la motivation** est un phénomène complexe qu'il est difficile de contrôler. Comme l'illustre cet extrait de verbatim :

1. E8 : « Comment entretenir la motivation, on n'en a pas parlé. Mais... regarder des vidéos sur le net, sur... sur la conscience de soi, sur comment entretenir la motivation, tout ça, c'est des questions que l'on se pose. On n'a pas forcément la réponse », « comment rester motivé, comment travailler tous les jours en fait. Tout ça c'est ... Ouais c'est un développement personnel et ça met du temps à s'installer et puis après, il faut aller chercher des informations pour aller dans ce sens et pour pérenniser ces comportements ce qui n'est pas forcément facile et qui... je conçois que... je conçois que ça ne marche pas pour tout le monde quoi »

L'analyse des entretiens montre que certains éléments peuvent favoriser le maintien de ce changement sur le long terme comme :

Avoir un **grand principe d'action**, une conduite à tenir qui rythme le quotidien du participant :

- E7 : « Le matin je mange des céréales (...) avec une petite barre de chocolat et un jus d'orange. Et c'est tout, je mange que ça. Je ne mange jamais entre les repas, je ne suis pas attiré pour manger entre les repas. Le midi, je me fais : carottes râpées euh que j'achète toute faites et je mets des graines », « j'achète des aiguillettes de poulet où il n'y a pas trop de calories dedans et je mange ça tous les jours. », « Et ça m'arrive aussi de le faire le soir »
- E8 : « Quand tu comprends que... Que le poids finalement, l'aspect physique tout ça, c'est qu'une balance calorique et qu'il suffit sur la journée d'être un petit peu en déficit par rapport à tes apports. En fait t'as tout compris », « Donc c'est des petits ajustements en fait, c'est pas des efforts surhumains. Il faut comprendre que... Il faut une longue période, c'est des petits ajustements à faire sur soi-même. C'est pas la mer à boire. Mais faut décider »
- E10 : « les cinq doigts de la main », « pour les protéines euh le... les féculents, légumes crus, légumes cuits et produits laitiers et le fait d'avoir ce truc-là, ce qui m'a aidé », « et à ça j'ai associé la marche », « c'est rentré dans mes habitudes et toujours maintenant », « c'est aussi ce que je fais, pour ma fille. Ma fille, souvent elle mange sur un petit plateau, je m'assure qu'il y ait les cinq choses sur le plateau »

- E12 : « parce que bien souvent je n'ai plus faim et je respecte le truc de dire, bon je n'ai plus faim, j'arrête tout de suite »

Et qui nécessite parfois de **casser les codes** :

- E3 : « en mangeant lentement, tranquillement, euh on change notre habitude de manger »
- E7 : « on travaille de 6 heures du matin jusqu'à 20 heures », « on avait une grosse pause déjeuner et mon patron c'était un gaillard de presque deux mètres qui fait 140 kilos qui aimait bien ... qui avait un bon coup de fourchette et qui aimait bien avoir ses équipes avec lui le midi et on se faisait des restaurants pendant 2 heures, avec entrée, plat, dessert, café gourmand et tout le truc », « Donc à un moment donné, j'ai été le voir en lui disant voilà maintenant, écoute, moi maintenant le midi bah je vais aller faire du sport »
- E8 : « parce que t'as 15 ans et c'est la mère qui te fait à manger », « ça te correspond pas. Et tu lui dis et elle se braque au début et puis... et puis elle commence à comprendre », « la phase de transition, là où elle... entre : on s'embrouille et puis elle comprend. Ça dure quand même un ou deux mois », « ça a été un peu long et que, pour que les comportements s'installent et se pérennisent ça a mis un bon un an et demi, deux ans »
- E11 : « Et maintenant, du fait que je reçois beaucoup et puis je suis beaucoup reçue aussi, j'essaye de faire des bonnes choses qui soient pas trop, pas trop caloriques »
- E12 : « je respecte des choses qu'on a vu avec le pôle de prévention, qui est que bah notamment, il faut arrêter de dire notamment, bon bah je termine mon assiette. Maintenant on a plus faim, bon bah on ne termine pas son assiette. Alors qu'on a tous été éduqués à dire, finis ton assiette quoi », « et ça c'est pas facile à mettre en place, quand on a 64 ans et qu'on est... qu'on fait des efforts de puis l'âge de... depuis 30 ans quoi, depuis plus de 30 ans »

D'aménager son planning et de **réorganiser son quotidien** pour que le temps ne soit pas un obstacle :

- E7 : « quand j'étais dans mon bureau », « des fois je faisais du sport entre midi et deux, ou alors après le boulot, j'y allais à 17 heures 30 et du coup Bah je partais », « je travaille beaucoup quand même l'air de rien et que maintenant je suis... je suis... bah maintenant

je suis veuf, donc je m'organise », « Donc l'alimentation, c'est ce côté pratique, je rentre... Comme je fais pas mal de choses avec le sport et tout ça, je suis un peu limité en temps »

- E8 : « ça a suivi avec une inscription à la salle de sport », « Sur cette période... », « trop intense donc », « Je passe à du sport à domicile », « Et puis après », « je reprends mes comportements... Que j'avais appris et je fais attention à l'alimentation », « je vais au sport 4-5 fois par semaine donc j'ai même pas besoin de faire attention en fait ça, ça, s'égalise quoi », « tous les soirs, que ce soit avant ou après bouffer, j'essaie de faire un tour », « quitter sa voiture, pour faire les choses à pied »

Mais aussi de faire le **deuil de son ancienne vie** :

- E7 : « Je me suis dit bon aller maintenant je fais ça ! Mais ça s'est déclenché du jour au lendemain. Je veux dire la discussion, et aller en huit jours j'avais fait mon deuil de ma vie d'avant en me disant maintenant il faut que je me reprenne en main et que je fasse ça »

Il semble que le **changement d'image** soit un encouragement au maintien de ces nouvelles habitudes de vie :

- E12 : « ce moment, je ne perds pas beaucoup de poids, mais par contre je sais que, je vois que je m'affine, parce que même les copains, les gens que je ne vois pas très souvent, me disent tient tu as bien maigri et là moi aussi je commence à le voir. Donc je ne perds pas de poids parce que je fais du muscle »
- E8 : « j'arrive à l'école en ouais seconde, première. Et en fait tu as le regard des gens qui sont très étonnés de ta... de ton changement... De ton changement physique. Et en fait ça, ça te galvanise un peu, donc euh ça pérennise les comportements que t'as... Que t'avais adopté en vacances »

Comme le fait de **trouver une passion**

- E7 : « je faisais du bike », « c'est du cardio, alors je faisais que ça parce que j'avais pas envie de faire de la musculation, je ne faisais que ça. Et je me suis mis au vélo par hasard et du coup ça m'a tellement plu que dans mon village j'ai créé un club. Donc de vélo au début après de marche », « tous les dimanches matin maintenant, à se donner rendez-vous à 9 heures 30 derrière l'église, c'est un petit local, que la mairie m'a mis à disposition et y a des groupes qui partent en vélo et y a des groupes qui partent en marche et

on se retrouve à midi pour boire une bière, pour boire un café ensemble. Donc j'ai remis tout le village au sport (rires) en même temps »

c. Nouvel équilibre

Ce nouvel équilibre est conditionné par plusieurs éléments comme :

Chercher un **équilibre** vers la **stabilité** :

- E7 : « on peut se dire aller, je me fais une pizza, je me fais une frite avec des copains, on se fait un barbecue mais par contre, de faire attention tout de suite derrière. Si on se dit, bon c'est pas grave, je ferai attention demain ou après-demain et tout ça, on a vite repris 3-4 kilos et la motivation, je pense qu'on peut la perdre »
- E8 : « il y a aussi le fait de se dire putain, j'ai 30 ans, c'est bon faut pas non plus être drastique », « C'est très difficile quoi. Donc tu lâches, t'apprends... là je suis un peu dans la deuxième phase où, tu lâches un peu du lest. Tu reviens des fois, tu resserres la vis. Ça c'est... je suis encore en apprentissage là-dessus », « la première période c'était », « drastique mais quand tu es drastique comme ça, tu ne peux pas être, tu ne peux pas être ultra sociable, tu es, t'es... soit tu as des personnes en face qui comprennent pas soit tu as le sentiment d'être incompris. Que là, je suis dans la période où, bon, un verre de rosé c'est peut-être pas de trop, la pizza c'est pas une catastrophe mais voilà le tout c'est de savoir adapter »
- E10 : « sans faire rien de plus. Et... et je vous dis, stabilisée à moins 20 kilos c'est pas stabilisée à moins deux kilos donc c'est pas le problème de stabiliser. On m'avait prévenue au centre aussi, que j'allais stabiliser à un moment et que ce n'était pas un problème. Donc effectivement j'ai stabilisé, et d'un coup sans rien faire j'ai reperdu 10 kilos, sans rien faire de plus en fait, j'ai continué les cinq doigts de la main, j'ai continué ma marche et puis pendant 6 mois mon poids n'a pas bougé et d'un coup le palier était passé, j'ai reperdu les 10 kilos. Et après j'ai stabilisé »

Accepter les failles :

- E3 : « je me fais, on se fait plaisir », « on mange quand même des raclettes, tartiflettes mais je me limite (...) et je mange très doucement parce qu'en fait, je me suis rendue

compte que si je mangeais trop vite, en fait bah ça se remplissait vite et j'étais pas bien parce qu'en fait je vomissais après »

- E4 : « bon je fais des petits écarts. Une pâtisserie, de... mais vraiment très rarement et même tout le monde m'engueule parce qu'à chaque fois je dis non. Mais bon »
- E8 : « bon, un verre de rosé c'est peut-être pas de trop, la pizza c'est pas une catastrophe mais voilà le tout c'est de savoir adapter quoi. Si tu manges toute la pizza tout seul, bah forcément c'est pas ouf, tu viens de te prendre 1 000 calories donc... Faut adapter »
- E10 : « parce que moi j'étais vraiment dans un truc de foutu pour foutu », « ne pas culpabiliser parce que... parce qu'on craque, parce que voilà », « c'est pas grave », « le repas suivant, j'en fais pas un cinéma, je reprends normalement », « Le but c'est pas de perdre aujourd'hui c'est d'être bien. »
- E13 : « ma mère elle fait... elle est tout le temps en train de faire attention et quand elle mange un truc elle dit Oh lalalalala. Je dis, en fait, tu as le droit de le manger, juste tu le manges en pleine conscience, tu sais que t'es en train de le manger, tu sais que probablement ça peut engendrer une prise de poids ou fin, mais en tout cas prends plaisir à le manger et puis du coup tu auras ce plaisir-là, tu auras peut-être moins envie de le remanger après»

Accepter **les variations** et les phases **de stabilisation du poids** :

- E3 : « et puis après la perte de poids est spectaculaire », « je suis descendue à 70 kilos en quelques mois », « j'ai repris 15 kilos je suis à 85 kilos maintenant je ne bouge plus », « j'ai fait un p'tit peu, un p'tit épisode de dépression donc j'avais repris 10 kilos »
- E5 : « j'étais descendu jusque 76 kilos, donc sauf que là j'ai repris un peu de poids parce qu'il le fallait parce que ça me faisait trop, trop maigre, trop mal... Fin par rapport au visage et ça me faisait un peu trop malade, tout le temps fatigué tout ça. Puis là du fait que j'ai repris un peu de poids. Bon là, je suis stable, mais je ça va mieux quand même. Je suis moins fatigué »
- E6 : « j'ai repris beaucoup de poids parce que du coup... Le Covid aussi... Le fait de pas sortir, le fait de changer de conjoint », « j'ai repris pas mal de poids... J'ai perdu 50 kilos en 6 mois », « Et je suis remontée à 80... kilos passés après ma grossesse. Là je suis à 80-90 kilos à quelque chose près 90 »

- E9 : « Je faisais 130 kilos », « Là j'ai maigri. Puisqu'à Noël j'étais aux alentours de... de 105 kilos », « j'avais bien maigri, en 6 mois j'avais fait attention à mon alimentation », « Et là tout doucement je remaigri, je remaigri, je remaigri »
- E10 : « J'ai perdu 20 kilos en 2020, en 2019, j'ai reperdu 10 kilos en 2020 donc j'étais stabilisée. Euh début 2021 je stabilise à mon poids et là, je viens d'accoucher, il y a 3 mois, d'un petit garçon. J'ai pris 30 kilos pendant ma grossesse quoi euh et là j'en ai encore 24 à perdre, pour retourner à mon poids de début de grossesse »
- E11 : « bah en fait ça n'a rien changé, je fais 80 kilos quel que soit mon régime »
- E12 : « à chaque fois que j'ai fait ça, j'ai perdu à chaque fois pas mal de poids hein. Le plus que j'avais perdu c'était avec le nutritionniste, j'étais descendu à 116 kilos »

S'accommoder des aléas et surmonter les épreuves :

- E5 : « Pendant un moment, je faisais de la course », « c'était toujours le mercredi à partir de 16 heures. Malheureusement, bah avec les horaires qu'on a, je ne cours plus, j'ai arrêté », « Mais comme bon, je travaille », « on fait entre 15 et 20 kilomètres dans une journée. »
- E7 : « en 2020 j'ai perdu mon épouse d'un cancer euh... que j'avais aidé pendant un an », « pendant le confinement en plus, c'était un peu compliqué.... juste après je me suis dit si je me laisse aller bah je vais reprendre du poids et du coup je me suis mis un défi de reperdre tout de suite 10 kilos et je me suis donné quatre mois pour perdre 10 kilos ce que j'ai fait parce que pendant le confinement, la salle de sport qui m'a prêté un vélo »
- E9 : « à Noël il y a eu les réveillons, les repas de Noël, 8 jours après il y a le nouvel an et repas du nouvel an. Et là j'ai recommencé à grossir un p'tit peu », « je me suis cassé la cheville », « un mois après ... y a eu... y a eu le confinement... Donc quatre mois chez moi », « En dehors des vacances scolaires, parce que c'est quelqu'un d'UFOLEP qui se déplace, qui vient faire nos deux heures de gym, pendant les vacances scolaires, ils font les centres aérés »
- E10 : « le souci, c'est quand c'est en période de chasse. Parce que je passe par des champs et tout et j'ai peur de me faire tirer dessus et tout », « du coup j'attends, j'attends le mois de mars pour ressortir »

- E13 : « j'ai repris le sport aujourd'hui après une entorse. J'ai eu quatre semaines où j'ai pas pu faire de sport »

Faire des choix :

- E8 : « Mais après ça dépend, si tu fais bien tes choix, y a moyen de bien manger. En fait c'est une culture, c'est un apprentissage sur tout, sur toi, sur la motivation. »
- E11 : « et par contre le fait que c'est un groupe, les réunions etc. je ne veux plus y participer, parce que je retrouve les phénomènes de groupe que j'ai connu dans mon métier et bah je n'y vais pas. C'est à dire je fais un tri »

Eliminer les contraintes :

- E11 : « je ne me force à rien, je ne fais rien qui ne me plaise pas », « oui parce que je pense qu'il y a moyen d'allier les deux. D'allier le plaisir personnel, et (...) je fais beaucoup de choses tournées vers les autres mais c'est toujours, toujours lié à un plaisir personnel »

Pour trouver **un mode de vie personnalisé**, qui correspond à la personne engagée dans ce changement. Un mode de vie que cette personne peut **s'approprier et accepter sur le long terme** :

- E7 : « je suis quelqu'un de routinier qui arrive à avoir cette rigueur sans avoir besoin de quelqu'un », « Après, moi avec ce que je mange, je ne suis pas fatigué mais je pense qu'avec le sport que je fais, si je n'avais pas une bonne alimentation, je ne pourrais pas faire ça, je serais fatigué en fait. Et je pense que j'ai trouvé le bon petit truc », « pour moi ça marche »
- E8 : « Chez moi, c'est très noir ou blanc », « et quand je commence un truc je m'y tiens, je m'y tiens énormément, je fais le truc bien à cœur », « je sais que mon poids il va varier, il va osciller avec le taf que j'ai parce que la nuit tu as du stress et tu te retrouves à bouffer tu vois. Il y a des comportements un peu qui reviennent et... Bon c'est pas grave. Tu les maîtrises parce que le jour tu fais attention et puis tu vas à la salle mais c'est vrai que c'est culture quoi. La culture de bien bouffer, de faire attention à soi, fin ça se développe, ça se construit hein c'est... y a des fois tu relâches, des fois tu resserres la vis et... Ouais faut... c'est vraiment, c'est un truc qui se développe, qui se construit »

- E12 : « il y a bien un truc que j'ai compris en 30 ans », « c'est une très mauvaise idée quand on fait un régime, c'est d'en parler autour de soi, parce qu'alors tout le monde donne son conseil », « maintenant je me suis fait un petit peu ma propre méthode », « déjà c'est pas des efforts », « c'est un peu plus des efforts sur l'apéro », « globalement je résiste », « la démarche se passe bien, je mange bien, je mange à ma faim », « et je respecte le truc de dire, bon je n'ai plus faim, j'arrête tout de suite »
- E13 : « je ne me suis pas dit que je faisais un régime, je me suis dit que je reprenais en main mon alimentation et que je ne m'interdisais rien », « je m'interdis aucuns écarts, juste euh... bah je ... je fais attention à le fréquence », « y aller progressivement », « ne pas se fixer de trop gros objectifs », « de pas se priver », « de voir sur du long terme et de pas vouloir de perte de poids ou de perte de graisse trop rapide, vraiment prendre son temps pour que ça soit plus durable », « c'est peut-être plus le côté pas trop restrictif »

d. Astuces et outils

Certains participants ont partagé des astuces qui les aident au quotidien. Comme par exemple :

Utiliser ses **ressources professionnelles** :

- E10 : « je vous ai dit je suis formatrice, et je fais aussi du développement personnel. Bah justement suite à... à mon diagnostic etc. et tout voilà je me suis dit que j'avais besoin d'aide et il y avait de l'aide que je pouvais aussi moi m'apporter notamment avec le développement personnel. Et du coup j'ai mis en place des petits outils que pourrais peut-être vous partager aussi... »

Préparer les menus à l'avance, anticiper le manque de temps ou d'envie :

- E3 : « il y a toujours des conserves (...) avec des légumes donc quand on ne sait pas trop quoi manger on se fait des pommes de terre, parce qu'on est très pomme de terre avec une boîte de légumes à côté. On essaie de faire un menu de la semaine », « Comme ça je fais en fonction du menu de la semaine, et on achète ce qu'il y a besoin pour le menu et le vendredi quand on ouvre le frigo et bah il n'y a quasiment plus rien parce que j'ai acheté que ce qu'il fallait »

- E6 : « si on est deux, au moins deux face à ça, dire ben voilà, on prépare vraiment la semaine saine, on prépare les courses, on prévoit les choses. Si c'est prévu, ça va aller mieux », « En fait, je mange beaucoup mieux quand c'est prévu finalement »

Etablir une **stratégie au moment des repas** :

- E3 : « je suis obligée de manger doucement et puis pendant que j'ai fini mon plat, en attendant de pouvoir manger mon dessert je vais nettoyer ma gamelle, je vais fais couler mon café, comme ça je peux me rasseoir, remanger mon dessert »
- E11 : « elle m'a donné un set de table déjà avec tout ce qui contenait l'équilibre alimentaire »

Prendre **un chien** :

- E9 : « Je marche beaucoup, j'ai pris un chien », « qui fait marcher. Deux heures l'après-midi et $\frac{3}{4}$ d'heure – une heure le matin, suivant le temps », « Et puis moi comme j'ai mon chien, je marche beaucoup, samedi dernier j'ai fait 10 kilomètres »
- E12 : « j'ai sorti mon chien assez longuement en balade », « je l'avais pour la chasse », « avec lui oui je bougeais un peu et puis la chasse ça me faisait marcher »

Faire la **listes des bénéfices** et des **objectifs atteints** :

- E10 : « j'ai eu des résultats, je vous ai dit ah bah en un an j'ai perdu 20 kilos, donc c'était hyper motivant. Ce qui était intéressant c'est que donc, j'ai mis en place euh j'avais noté ce qui avait changé pour moi justement les cinq doigts de la main. Euh je faisais moins de grignotage et je, quand je faisais un peu de grignotage j'ai beaucoup déculpabilisé. Euh je faisais de meilleurs choix alimentaires, un peu de sport. Euh j'avais un rapport plus sain à l'alimentation en général », « Et là où je suis contente, c'est que là aujourd'hui je peux dire que je suis sortie de ces troubles », « j'ai toujours un rapport un peu complexe », « j'ai plus de troubles alimentaires. », « et puis c'était vraiment l'objectif donc c'est cool »
- E13 : « je trouve que dans la vie de tous les jours », « marcher c'est plus facile, fin se baisser c'est plus facile, fin ouais je trouve que ça change pas mal de choses quand même »

S'occuper en permanence et s'entourer :

- E10 : « je fais beaucoup de choses. Je fais beaucoup d'activités bénévoles »
- E7 : « Comme je fais pas mal de choses avec le sport et tout ça, je suis un peu limité en temps, parce que je suis président d'une assos aussi », « dans mon village j'ai créé un club. Donc de vélo au début après de marche. Et du coup, tous les dimanches matin maintenant », « y a des groupes qui partent en vélo et y a des groupes qui partent en marche et on se retrouve à midi pour boire une bière, pour boire un café ensemble »
- E8 : « en fait, j'ai surtout eu l'impression d'être occupé avec des gens. À être tout le temps dehors... Et c'est ça qui m'a aidé en fait. Tu... ta situation, elle a changé, tu passes d'un comportement sédentarisé à un truc où... où là tu te retrouves à faire du sport H24 dehors. »

Ils mettent en avant l'importance du soutien des proches :

- E10 : « j'ai le soutien de mon... bien-sûr de mon mari. Et j'ai mes parents. Alors c'est pareil, c'est un détail. Mais euh, j'étais à 122 kilos, si j'arrivais à 99 kilos, ils m'ont offert un ordinateur et j'ai un budget de 1 000 euros de vêtement », « ça m'a motivée »

L'intérêt d'utiliser la dynamique de groupe :

- E10 : « j'avais fait un groupe facebook avec des copines de l'époque, qui étaient aussi dans une démarche de... fin soit de perte de poids, soit de faire attention et puis pareil, ça c'était assez motivant »
- E 13 : « euh alors j'ai une copine qui est infirmière aussi et qui fait un rééquilibrage alimentaire, et qui reprend le sport en fait on se motive... à deux »
- E7 : « j'ai créé un club. Donc de vélo au début après de marche », « j'ai remis tout le village au sport », « je roule avec les gens qui sont très sportifs et que j'ai à l'usage parce qu'au bout de deux heures ils sont tous fatigués et moi, je peux continuer », « Faut être accompagné », « j'ai plein de copains, on s'appelle les fous du bike parce qu'on est là tout le temps, depuis 10 ans, ensemble et du coup c'est une petite communauté », « Et le fait de se challenger tout le temps fait que bah moi je trouve cette motivation plutôt sympa »
- E8 : « on se lie d'amitié avec une famille », « Et en fait ils avaient mis en place un... un système où tous les soirs ils sortaient et ils faisaient un petit footing. J'y allais de base »

parce que j'appréciais les gens et puis en fait ça s'est pérennisé », « le fait d'être en groupe... ça, ça m'a beaucoup porté, le fait d'être en groupe », « Je dirais le levier ça a été la force du groupe », « L'effet de groupe si ça marche pour toi, faut carrément y aller. Ça, ça peut galvaniser au début, surtout le temps que tu développes la motivation personnelle, qui met du temps à venir et à se faire. Et puis forcément des fois il y a des périodes où tu as un peu moins envie et où les autres peuvent être, peuvent être d'une aide assez importante », « des amis proches qui m'ont soit aidé dans ces... qui ont vécu ça ou en tout cas qui le comprennent bien », « quand tu es avec des gens qui comprennent, et qui, tu n'as pas besoin d'en discuter. On se retrouve juste dehors et on fait ce que l'on a à faire en fait c'est très très cool »

Ou un **support informatique** pour suivre l'évolution de leur poids :

- E10 : « j'avais fait un power point à l'époque »
- E12 : « j'ai décidé de maigrir en... Je vais être précis parce que j'ai un tableur... Le 6 juillet 2019 »
- E7 : « j'aime bien travailler sur Excel®, je mettais mon poids, ce que j'ai mangé dans la semaine et pourquoi j'avais maigri »

Les entretiens mettent en lumière quelques **outils ingénieux** :

- E10 : « suite à... à mon diagnostic », « j'ai mis en place des petits outils », « c'est des choses qui vont m'aider à... à faire du sport, j'ai une feuille c'est "se remuer le popotin", en fait par jour je vais cocher, je vais atteindre un score et le score ça va déclencher un petit plaisir. Un petit plaisir qui ne doit pas être de la bouffe », « parce que sinon », « c'est contre-productif. », « Je mets ma musique ou j'écoute des podcasts et du coup c'est beaucoup plus facile pour moi de marcher », « Et il y a un outil que j'utilise », « quand justement je ne fais pas mon sport, quand j'ai mangé quelque chose qu'il ne fallait pas », « au lieu de dire voilà je suis un monstre, voilà je suis nulle, voilà je me dis bah non je suis un petit lapin qui fait ce qu'il peut, c'est une phrase que j'ai lu dans un livre et du coup bah ça... ça casse la culpabilité et le repas suivant, j'en fais pas un cinéma, je reprends normalement »

Discussion

I. Intérêt pour le sujet et l'objectif

Lors de l'élaboration du sujet de recherche, celui-ci était initialement orienté vers l'étude des facteurs influençant un changement de mode de vie chez les patients diabétiques. Après une revue de la littérature, il apparaît que de nombreux thèmes en lien avec le diabète ont déjà fait l'objet de travaux de recherche. Dans un souci d'originalité et après réévaluation avec la directrice de thèse, le sujet a été réorienté vers l'ensemble des patients majeurs en excès de poids avant d'être mis en lien avec l'éducation à la santé.

Le processus de motivation est décrit et analysé dans de nombreuses études (6–8,55,56). Ce travail s'inspire de deux types de modèles expliquant les facteurs de la motivation.

Le premier modèle oppose la motivation interne et externe. Selon ce concept, la motivation correspondrait à une force interne propre à l'individu. Cette force est déterminée par de nombreux éléments, à la fois internes et externes et permettrait la mise en place d'un comportement, son intensité et sa durée dans le temps comme le décrit Aubert M dans sa thèse d'exercice (6).

L'autre est le modèle transthéorique développé par Prochaska et DiClemente présenté dans le cadre théorique (55). Ce modèle comporte cinq étapes qui correspondent à un processus particulier. L'idée derrière ce modèle est qu'en fonction de l'étape où se situe l'individu, les besoins de soutien et d'informations pouvant inciter la mise en place du changement de comportement ne sont pas les mêmes (6).

Nous nous inspirons de ces modèles reconnus pour interpréter les retranscriptions des entretiens.

Le but de ce travail de recherche est de s'intéresser au regard du participant sur son propre changement de mode de vie en recueillant son avis concernant les facteurs qui influencent sa motivation.

Il s'agit de mettre en évidence les intentions et les moyens mis en œuvre par les personnes au cœur de cette démarche qui ne sont pas familières de ces modèles explicatifs de la motivation. Cette approche apporte une vision plus naturelle et globale du phénomène, non influencée par une analyse théorique.

Ce cheminement permettrait d'orienter l'éducation à la santé, dans le but de la rendre plus abordable et plus universelle, afin de l'intégrer plus aisément à la pratique de la médecine générale auprès du patient.

Lors de l'analyse des entretiens, des éléments en rapport avec le maintien du changement de mode de vie ont été mis en évidence. Il est apparu pertinent d'ajouter cette dimension au travail de recherche. Cet élément a donc été intégré comme objectif secondaire.

En résumé, l'originalité de ce travail réside donc dans le profil des participants, choisis pour être le plus varié possible ce qui est également un critère de qualité pour la recherche qualitative (57). Et dans l'objectif, qui fait écho à la pratique quotidienne du médecin traitant, dont l'éducation à la santé fait partie.

II. Forces et faiblesses de l'enquête, discussion de la méthode

La sélection des patients s'est faite au fil des mois, en parallèle de l'analyse des entretiens, afin d'obtenir des profils hétérogènes et de se rapprocher de la réalité de la pratique clinique au cabinet. Toutefois seuls treize des dix-sept patients recrutés ont été interrogés.

Par ailleurs seuls quatre participants ont été recrutés au pôle de prévention. Cette étape a nécessité l'aval et la collaboration des équipes du pôle de prévention, ce qui a également pris plusieurs mois. Le recrutement s'étale donc sur une période plus longue et le taux de participation par rapport à la population sollicitée est plus faible que souhaité par l'enquêteur. Toutefois la saturation de données a été atteinte et les profils sont variés.

Le faible nombre de participants est un problème récurrent dans les thèses de médecine générale. En effet le statut extra hospitalier des internes de cette spécialité provoque fréquemment des difficultés de recrutement. Il semble pertinent d'envisager une collaboration avec les instances hospitalières pour pallier à ce biais, notamment avec l'hôpital de jour de diabétologie, des diététicien(ne)s ou encore un centre de rééducation et de réadaptation à l'effort.

Le statut de médecin de l'enquêteur a pu influencer les échanges avec les personnes interrogées et ainsi créer un biais d'animation. Ce statut a pu mettre les deux protagonistes dans une relation médecin-malade, qui n'est pas souhaitée dans ce travail, pouvant entraîner un biais de désirabilité sociale qui aurait pu être évité si l'enquêteur avait eu un profil plus neutre.

Les entretiens semi-dirigés ont été privilégiés à d'autres types d'échanges. Les focus groupes n'étant pas adaptés pour évoquer une démarche aussi intime et personnelle. Les entretiens non dirigés, sont plus adaptés à l'étude phénoménologique et n'auraient pas permis de cibler les facteurs du changement. Toutefois le modèle semi dirigé a pu influencer indirectement le discours des participants. Ces derniers ont pu chercher une "bonne réponse" à la question et ainsi modifier leur approche instinctive du thème de recherche.

Le mode de réalisation des entretiens (téléphonique, visioconférence ou en présentiel) a été défini selon les préférences du participant, ce qui a pu limiter les données non verbales (entretiens téléphoniques). Certains entretiens ont peut-être été trop courts pour permettre au patient de fournir une réponse sincère. Les entretiens non présentsiels ont été plus longs et plus riches. Cela a pu limiter les biais d'animation et de désirabilité social évoqués plus haut.

Par ailleurs, les modalités du rendez-vous étant définies à l'avance et selon les affinités du participant, la disponibilité pleine et entière de celui-ci était garantie. Cela a également permis l'instauration d'un climat de confiance propice au recueil de données. Toutefois la programmation des entretiens a pu induire un biais de prévarication.

Certains passages des entretiens n'ont pas été retranscrits. Ces passages correspondent à des coupures de la communication, des noms de villes ou de personnes. Les entretiens ont parfois été suivis d'échanges libres et informels dont les données n'ont pas été intégrées au travail de recherche.

Pour certains participants, le changement de mode de vie a été vécu il y a plusieurs mois ou années. L'ancienneté des faits a pu induire un biais de mémorisation. Il est légitime de penser que certains éléments pertinents ont pu être oubliés ou remaniés lors de leur évocation.

Dans ce travail, une échelle individuelle a été utilisée pour établir des catégories qui, une fois mise en relation, permettent de dégager une théorie. Ce modèle théorique a pour but de caractériser les facteurs influençant un changement de mode de vie chez les patients majeurs en excès de poids. Ce sont les modérateurs du changement qui sont visés plutôt que ses

modalités. Cette analyse théorique pourrait être un outil au cabinet pour l'éducation à la santé. Elle pourrait permettre une approche plus concrète et accessible pour les patients.

Il s'agit du premier travail de recherche de l'enquêteur. Son inexpérience a pu se ressentir lors des premiers entretiens. Les relances et les reformulations des questions ont parfois pris la forme de questions fermées et ont pu limiter les réponses des sujets et ainsi créer un biais de formulation. L'expérience personnelle de l'enquêteur concernant le sujet, a pu influencer son analyse des entretiens. Toutefois la triangulation des données a permis de limiter le biais d'interprétation et argumente la fiabilité à l'analyse. D'autres résultats pertinents auraient pu être mis en évidence par un enquêteur plus expérimenté.

III. Discussion des principaux résultats

Dans ce travail, il a été primordial que chaque personne interviewée puisse parler de sa propre représentation d'un mode de vie plus « sain ». De ce fait, ni l'activité physique ni le rééquilibrage alimentaire n'ont été quantifiés. Cela permet une interprétation libre de ces entités par les participants.

Nous nous sommes basés sur le principe que toute modification du mode de vie visant un rééquilibrage alimentaire ou la pratique d'une activité physique, même minime, est bénéfique. Le parti pris est de considérer que les recommandations de l'OMS concernant l'activité physique (30 minutes par jour par exemple) et l'alimentation dite équilibrée (cinq fruits et légumes par jour par exemple) (13) ne sont pas universellement applicables. Elles peuvent être, par exemple, limitées par un faible niveau socio-économique. Une notion retrouvée dans les travaux Métrat S, Sultan A, Avignon A (59) et de Booth SL, Sallis JF, Ritenbaugh C, Hill JO, Birch LL, Frank LD et al (60). Avant d'envisager leur application, il est donc nécessaire d'identifier l'état de santé et le milieu socio-économique de l'individu. Il pourrait être judicieux de considérer que des nuances et des adaptations de ces recommandations peuvent tout de même améliorer la santé.

a. Contexte

Pour les participants à cette étude, le changement de mode de vie part d'une sensation d'inconfort général qui entraîne une prise de conscience. A cette prise de conscience succède

une impulsion, parfois déclenchée par une opportunité. Elle est suivie d'une mise en action brutale. Ces étapes s'inscrivent comme un élément de rupture dans l'histoire de la prise de poids.

Comme le disent Ciangura C, Touizer E et Basdevant A « *L'histoire naturelle de la maladie permet de situer les enjeux médicaux* » (61). Le travail de recherche met en évidence l'importance de recueillir des informations concernant les habitudes de vie et d'éventuels troubles du comportement alimentaire (TCA) chez la personne engagée dans un changement de mode de vie. Pour l'accompagner dans cette démarche, il est essentiel de connaître ces éléments et d'éventuels difficultés observance ou échecs antérieurs dans la perte de poids. Une étape qui implique une relation de confiance, basée sur une approche holistique de l'individu. Des notions que nous pouvons retrouver dans l'article écrit par Rivière P (52).

b. Développement personnel

Dans cette étude, le changement de mode de vie apparaît également comme le fruit d'une démarche de développement personnel. Cette notion est définie par Ledeuil L, Evrard R comme étant « *un ensemble hétéroclite de savoirs syncrétiques, délivrés sous forme de livres, de vidéos ou de formations. Ces contenus sont recherchés par de nombreuses personnes dont l'objectif manifeste est la quête d'un soi authentique, dans une société où vacillent les étayages identitaires.* » (62). Un but qui semble être poursuivi par les personnes interrogées dans ce travail.

Les participants présentent le but de leur changement de mode de vie sous plusieurs aspects. L'analyse des entretiens révèle que dans la majorité des cas, leur but est avant tout une perte de poids. Ils espèrent que celle-ci leur permette de changer de statut et d'atteindre leurs objectifs. Certains participants souhaitent perdre du poids pour se soigner et soulager des douleurs. Il apparaît également que le bien-être est un élément important de la motivation au changement.

c. Cheminement intellectuelle

Les interviews mettent en lumière le cheminement intellectuel des participants. Elles montrent l'importance d'avoir des informations puis des connaissances sur les modalités d'une alimentation équilibrée notamment. Ces nouvelles connaissances permettent de déconstruire

des habitudes délétères anciennes et ancrées. Par la suite il apparaît primordial de changer sa philosophie de vie et le regard que l'on porte sur soi-même pour valoriser chaque étape et devenir le principal acteur de ce changement. Il s'agit d'un cheminement personnel qui mène à des changements profonds et durables. Ce sont des principes utilisés pour l'éducation thérapeutique et l'entretien motivationnel comme l'illustre l'article de Golay A, Lager G, Giordan A (63).

Notre travail de recherche fait écho à de nombreux points de l'article de Golay et al. Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses (63). En revanche il existe des divergences. Notamment en ce qui concerne les résistances, qui sont présentées sous un autre angle par Golay et al. :

- Les résistances liées aux connaissances du patients : le patient doit avoir conscience qu'il est malade, qu'il s'expose à des complications et qu'il peut changer les choses (63). Des éléments qui sont présentés dans la partie contexte et développement personnel de ce travail.
- Les résistances liées aux croyances du patient : l'impact des idées préconçues et des questions ou des manières de produire du sens par le patient (63). Une notion évoquée dans la partie cheminement intellectuel.
- Les résistances aux phases de changement de comportement : chaque étape du changement selon Prochaska et Di Clemente ont leurs propres obstacles (63), qui ne sont pas évoquées dans cette étude.
- Les réticences liées au soignant : à son attitude, son approche, ses conceptions. (61). Cité par un seul participant dans notre travail.
- Les réticences liées à la motivation du soignant : s'il ne croit pas en l'utilité de son intervention, s'il a « *des préjugés ou des contre-attitudes* » (63). Cet élément n'est pas ressorti dans notre analyse.
- Les réticences liées à l'entourage (63) détaillée dans la partie Place de l'autre de cette étude.

d. Environnement et cadre

Le changement de mode de vie nécessite un environnement favorable. Ce qui passe notamment par un accompagnement holistique de l'individu engagé dans cette démarche. Toujours selon Golay et al. « *Pour provoquer un changement, il importe de resituer la personne dans son environnement familial ou professionnel.* » (63) Il s'agit d'une approche globale qui considère tous les aspects de la vie quotidienne et des besoins de la personne. C'est dans cet environnement que le médecin traitant trouve sa place, à tous les stades du changement. Les participants ont également évoqué l'importance d'avoir un cadre bienveillant, d'un garde-fou qui limite les écarts. C'est un élément clé du maintien sur le long terme.

e. Place de l'autre

L'autre, au sens large, trouve sa place dans la démarche de changement de mode de vie. Ce travail montre que, pour les participants, l'entourage peut avoir un impact important sur leur mode de vie, notamment lorsqu'il s'agit de protéger les enfants. En effet la volonté de protéger ses enfants est un moteur important dans le changement de mode de vie. Une notion présentée par Morio B et Thivel D dans un article qui présente des stratégies de prise en charge de l'obésité pédiatrique. Ces auteurs ajoutent que « *ces changements doivent engager l'ensemble de la famille, être mis en place dans le plaisir et la démocratie, et toucher non seulement la composition de l'assiette et les habitudes alimentaires, mais aussi les comportements de sommeil, de sédentarité et d'activité physique, afin d'instaurer un cercle vertueux. En effet, les comportements d'activité quotidienne favorisent inconsciemment des choix alimentaires sains, ces deux leviers étant déterminants pour la santé physique et mentale de l'enfant et de l'adulte en devenir.* » (64). Ce cercle vertueux apparaît également dans cette étude.

Plusieurs personnes interrogées ont ressenti le besoin d'une aide extérieure. Une notion validée et illustrée dans le travail de Golay et al. « *Même si la motivation doit idéalement venir du patient, paradoxalement le changement doit être aussi soutenu par l'entourage* », « *Pour réussir un changement de comportement durable et maintenir une perte de poids à long terme, le patient obèse a besoin d'au moins trois soutiens : parmi la famille, les amis et collègues mais aussi les soignants. Progressivement, le soutien extérieur peut diminuer, les consultations peuvent s'espacer lorsque la motivation interne du patient devient suffisamment importante* » (63). Les participants ont souvent puisé des ressources humaines dans leur entourage ou auprès

de professionnels et ils ont utilisé la dynamique du groupe. Par ailleurs, certains participants ont bénéficié d'un coup de pouce qui a tout changé.

De plus, l'accompagnement psychologique apparaît comme une pierre angulaire de ce changement de mode de vie pour certains d'entre eux.

f. Démarche non aboutie

Dans certains cas, les conséquences du changement peuvent être mal vécues, particulièrement lorsqu'elles sont trop rapides.

Dans d'autres cas, la démarche ne se pérennise pas. En effet, les nouvelles habitudes sont fragiles et peuvent l'être davantage par des aléas. De plus, le travail de recherche met en évidence un changement de priorités multifactoriel qui peut suspendre ou clôturer les modifications du mode de vie. Il existe également un travers dans cette démarche qui réside dans le fait d'être passif, d'effectuer des changements superficiels et temporaires ou de choisir une solution facile en apparence (chirurgie).

La chirurgie bariatrique est parfois considérée comme une « baguette magique » par les patients qui ne prennent pas en considération les modifications de vie importantes qu'elle provoque, notamment sur l'image corporelle et l'alimentation. La chirurgie engendre également des retentissements sociaux, familiaux et professionnels. Elle nécessite, une réflexion et une modification du mode de vie avant la procédure opératoire afin d'augmenter les chances de pérenniser la perte de poids. Une notion également présente dans l'article de P. Rivière (52).

L'entourage peut également avoir sa part de responsabilité dans l'échec de la démarche. L'analyse des entretiens dans ce travail y fait référence, Golay et al. détaillent le phénomène et expliquent que « *La résistance de l'entourage du patient est très fréquente* », « *Le changement de façon de cuisiner peut engendrer des querelles, la perte de poids peut modifier l'équilibre d'un couple ou d'une famille. Le patient acquiert de l'affirmation de soi en maigrissant, devient plus actif* », « *tout changement d'attitude, d'habitude, peut insécuriser ou déstabiliser (...) le patient, mais elle peut aussi de façon encore plus aiguë inquiéter plus largement l'entourage (...) Des réactions contraires au mouvement d'évolution souhaité peuvent être générées* », « *les proches peuvent devenir des saboteurs, pousser à manger afin de garder le patient obèse « docile comme avant »* ». « *Au-delà d'une incompréhension du changement, on peut constater une série de blocages qui se caractérisent chez l'entourage par soit un retrait, un refus, voire un*

rejet, soit une prudence, avec une méfiance d'autant plus forte que le changement de comportement est spectaculaire. Un arrêt du programme de perte de poids peut se produire à la suite de commentaires anodins, alliant l'ironie ou l'accusation manifeste. Des jugements de valeur négatifs peuvent entraver sa dynamique » (63).

g. Poursuite du changement

Même si le soutien extérieur peut favoriser le maintien du changement, il ne peut pas se substituer à la motivation interne du participant. Comme le présentent Ciangura C et al. « *Le contrôle de la prise alimentaire est un processus complexe impliquant un système biopsychologique qui fait intervenir de multiples déterminants internes et externes* » (61). Le nouveau mode de vie est un choix personnel et quotidien qui implique une volonté permanente rompant avec les habitudes passées. Golay et al. ajoutent qu'un patient « *ne pourra suivre un régime que s'il se sent concerné, s'il y trouve un plaisir, un sens, et s'il a confiance en ses soignants* », « *Pour changer de comportement, le patient doit se questionner sur ses conceptions, prendre du recul pour exprimer ses besoins, réfléchir sur son traitement et ses conséquences, et surtout se projeter dans un futur plus désirable* »(63).

Il semble particulièrement important d'effectuer des changements qui pourront être acceptés sur le long terme, des conditions de vie qui correspondent à l'individu engagé dans cette démarche et qui intègrent les fluctuations. C'est un autre parallèle que nous pouvons faire avec Golay et al. illustré par l'extrait suivant « *il faut à long terme intégrer la balance entre les bienfaits du traitement face aux désagréments et aux coûts psychologiques à payer pour modifier un comportement de vie. Il faut trouver, avec le patient, un régime, un mode de vie qui ne soit pas trop lourd psychologiquement à long terme et que les bénéfices soient plus importants que les inconvénients.* » (63).

Afin de les aider, certains participants utilisent des outils informatiques pour suivre leur évolution et entretenir leur motivation. D'autres outils sont parfois judicieusement intégrés dans le quotidien, comme par exemple une liste d'objectifs associés à des récompenses. Certaines personnes interviewées dans ce travail suivent des « grands principes d'actions », une sorte de doctrine qui peut prendre la forme d'une routine alimentaire rigoureuse ou de l'utilisation des « cinq doigts de la main » pour équilibrer les repas. Le respect de la balance apports/dépenses énergétique ou encore le fait d'arrêter de manger lorsque l'on n'a plus faim sont également présents parmi ces grands principes. Des comportements légitimés par la littérature, comme

l'illustre cet extrait d'article de Ciangura C et al. « *Le déclenchement et l'interruption du repas résultent de la balance entre des facteurs stimulateurs et inhibiteurs. Les déclencheurs de la prise alimentaire sont issus de l'extérieur (sensorialité) et de l'intérieur (état des réserves énergétiques). Les inhibiteurs sont digestifs et postingestifs déclenchant la suppression de la faim puis le rassasiement avant que ne s'établisse la satiété.* » (61).

IV. Ouverture et perspectives

1. Education thérapeutique et entretien motivationnel

Le travail de recherche montre que la pérennisation du changement de mode de vie est fortement dépendante de la personnalité des acteurs. Elle nécessite une motivation profonde et constante pour maintenir les changements dans le temps, ce qui implique un suivi régulier sur le long terme. Ces notions convergent sur de nombreux points vers les bases de l'éducation thérapeutique (ETP) et de l'entretien motivationnel (EM). Deux techniques qui nécessitent une formation et qui impliquent de prendre le temps, d'instaurer une relation de confiance avec les patients. Or nous savons que le temps est l'une des principales contraintes au cabinet de médecine générale.

Le généraliste, fort de sa disponibilité et de son réseau, oriente déjà ses patients vers des structures spécialisées comme le pôle de prévention et d'éducation du patient, vers des associations comme Asalée ou encore vers des professionnels de santé (psychologue, diététicien(ne), nutritionniste...). Néanmoins des connaissances succinctes et précises concernant l'ETP et EM pourraient suffire au médecin traitant pour améliorer le maintien de la motivation et éviter au patient de "perdre du temps" dans un parcours qui ne convient pas à son profil ou au stade de son changement. Il pourrait être pertinent de former les futurs médecins généralistes à ces méthodes, afin qu'ils puissent s'en inspirer dans leur pratique quotidienne.

Il serait également intéressant de comparer le suivi des patients dont le médecin traitant est formé à l'ETP ou à l'EM et le suivi des patients dont le médecin traitant n'est pas formé à l'une au moins de ces techniques. Les résultats obtenus sur le long terme pourraient permettre de vérifier l'intérêt de notre hypothèse.

2. Education à la santé auprès des enfants et de leurs parents

Nous avons constaté que le changement de mode de vie est une démarche difficile à mettre en place et à maintenir dans le temps. Etant donné l'enjeu de santé publique que représente l'obésité et ses complications, il paraît pertinent de prévenir son apparition.

Il semble judicieux de penser que les habitudes alimentaires et la relation à l'alimentation apparaissent dans l'enfance. Pour Rozin et al. « *les choix alimentaires adultes s'acquièrent entre 6 et 10 ans et le développement de ces choix repose sur la connaissance de ce qu'il ne faut pas manger, connaissance transmise par les parents selon des valeurs sociologiques et culturelles.* » (65).

Comme l'explique C. Doyen dans son ouvrage sur les troubles alimentaire de l'enfant (62), la construction du comportement alimentaire de l'enfant commence in utero et se poursuit jusqu'à l'adolescence. Une fois installées, les habitudes alimentaires ont tendance à se stabiliser. Elles sont influencées par de nombreux facteurs. C. Doyen avance quelques principes qui influencent la surcharge pondérale comme par exemple :

- Utiliser des portions de petite taille (66), elles facilitent la consommation et favorisent ainsi la prévention de la surcharge pondérale.
- Introduire les nouveaux aliments avant l'âge de deux ans (66), cela est plus facile à cet âge et permettrait d'éviter la création de néophobie alimentaire.
- Limiter l'exposition à la télévision au moment des repas, elle tend à retarder la satiété et elle fait perdre la notion des ingestas. Elle est un facteur de risque de l'obésité (66).
- Pratiquer un style éducatif strict ou qui restreint l'alimentation ou encore utiliser l'alimentation comme récompense en dehors des repas aurait un effet néfaste sur le comportement alimentaire (66).
- La variété et les modalités de présentation de la nourriture autant que l'encadrement social sont des facteurs importants dans la création d'un comportement alimentaire (66).
- Ainsi la présence d'une figure familière au moment des repas aurait un effet facilitant avant l'adolescence puis un effet inhibant avec un soucis d'acceptation sociale par la suite (66).

- L'adolescence est une période propice à l'apparition de troubles du comportement alimentaire, marquée par l'excès ou la restriction. Ce comportement devient un moyen de réguler les émotions, modulé par la recherche de nouvelles perceptions et la transgression alimentaire (66).

Dans cet optique de prévention, il semble pertinent d'orienter l'éducation à la santé vers les jeunes parents dans un premier temps. A la maternité, puis lors des premières consultations notamment autour du début de la diversification. L'analyse des entretiens a montré que les parents interrogés étaient soucieux de préserver leur enfant de l'excès de poids. Ceci semble constituer une piste intéressante.

Nous pourrions, dans un second temps, considérer qu'une intervention auprès des enfants, dès leur entrée à l'école et de manière répétée tout au long de leur scolarité, pourrait avoir des effets bénéfiques. En suivant les objectifs du PNNS (2), des interventions sur le thème de l'équilibre alimentaire pourraient être intégrées au programme en prenant en considération les problématiques liées aux différentes tranches d'âge des enfants et en insistant au moment des étapes charnières de la constitution du comportement alimentaire.

3. Intelligence artificielle

L'intelligence artificielle (IA) pourrait révolutionner le domaine de la santé. Récemment une étude a répertorié une soixantaine de variables du quotidien de patients souffrant de dépression (67). A partir de ces données, l'IA a défini un profil individuel et spécifique appelé biosignature. Chaque biosignature ainsi définie a permis d'anticiper avec précision l'évolution de la dépression sur une période de trois mois. Comme l'explique le Pr Pierre Geoffroy, co-auteur de l'étude (68), *"Ces résultats, encore à un stade intermédiaire, montrent que l'intelligence artificielle, en identifiant des profils individualisés de patients souffrant de dépression, pourrait aider les médecins à améliorer leur prise en charge, de façon beaucoup plus personnalisée."* Même si cette piste de recherche nécessite d'être approfondie, il semble prometteur d'extrapoler l'utilisation de cette IA aux patients en excès de poids et ainsi pouvoir améliorer leur suivi et leur traitement. Dans cette hypothèse, la biosignature aurait pour but d'adapter les stratégies d'accompagnement du changement de mode de vie et d'augmenter le maintien à long terme. Elle pourrait également apporter une solution au manque de temps souvent responsable d'une détérioration de la qualité des soins.

Conclusion

L'étude réalisée ici permet d'appréhender le regard des patients, majeurs en excès de poids, sur leur propre démarche de changement de mode de vie, à savoir pratiquer une activité physique régulière et avoir une alimentation équilibrée.

Notre travail identifie de nombreux facteurs influençant ce changement et les répartit en plusieurs catégories. Ces entités sont caractérisées dans un premier temps par le contexte de la démarche de changement, la volonté de développement personnel avancée par les participants et leur cheminement intellectuel. Il s'agit d'une étape fondamentale qui permet d'ancrer le changement de mode de vie sur une motivation profonde.

Par la suite, les catégories créées regroupent les notions qui se rapportent à l'environnement, le cadre de la démarche et à la place de l'autre. Des éléments qui conditionnent l'intégration de l'activité physique et de l'équilibre alimentaire au quotidien.

Puis, viennent les parties concernant la projection sur le long terme : la démarche non aboutie en opposition avec la poursuite du changement. Les éléments qui les constituent s'associent, fluctuent dans le temps et se sont révélés être, au cours de l'analyse des entretiens, aussi pertinents que ceux qui influencent la mise en place de la démarche.

Ces facteurs sont, par définition, dépendant de nombreux éléments extérieurs comme l'environnement socio-économique et professionnel, les événements de la vie mais aussi d'acteurs comme les proches et les professionnels de santé. Autant d'éléments à rechercher et à prendre en considération pour accompagner les patients dans une démarche de changement de mode de vie. Cette approche rejoint les principes de l'ETP et de l'EM.

Ce travail montre donc que le médecin traitant a un rôle à jouer dans cette démarche. Il peut enrichir sa pratique de différentes manières, comme par exemple en proposant un soutien psychologique ciblé avec des astuces et des outils utiles au quotidien, adaptés au mode de vie du patient. Il pourrait ainsi aider au maintien de la motivation en s'inspirant de l'EM et de l'ETP. Il peut également contribuer à l'acquisition de connaissances et présenter les intérêts pour la santé de manière individuelle et ainsi favoriser la prise de conscience. Il peut également orienter pertinemment le patient vers des structures adaptées. Un point qui nécessite une connaissance de l'individu et une maîtrise du tissu professionnel et associatif.

Sur le plan théorique, ce travail converge vers les principes de base de l'ETP et l'EM reconnus et validés dans le suivi des patients obèses.

Sur le plan expérimental, cette thèse introduit des pistes de formation et de recherche qui pourraient favoriser l'éducation à la santé au cabinet.

Les pistes s'ouvrent également sur des interventions ciblées auprès des jeunes parents et des enfants, dans le contexte scolaire afin d'être universel. Cette idée pourrait permettre de diminuer l'incidence de l'excès de poids dans les générations futures.

Ce travail s'ouvre sur l'intelligence artificielle qui pourrait devenir un outil dans le suivi de ces patients. A terme, elle pourrait permettre de pallier aux contraintes de temps, principal frein à la prise en charge des soins les plus complexes, au cabinet.

Bibliographie

1. Ministère des solidarités et de la santé. Obésité : prévention et prise en charge [Internet]. 2019 [cité 27 nov 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/priorite-prevention-les-mesures-phares-detaillees/article/obesite-prevention-et-prise-en-charge>
2. Programme national nutrition santé (PNNS) - Professionnels - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels>
3. Galtier F, Bringer J. Effets de la perte de poids sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaires des diabétiques de type 2. Bull Académie Natl Médecine. 1 juin 2015;199(6):823-33.
4. Emery C, Dinet J, Lafuma A, Sermet C, Khoshnood B, Fagnani F. Évaluation du coût associé à l'obésité en France. Presse Médicale. 1 juin 2007;36(6, Part 1):832-40.
5. Castetbon K, Vernay M, Deschamps V, Salanave B, Malon A, Hercberg S. Situation nutritionnelle en France selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)-Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006): prévalences de l'obésité, de l'hypertension artérielle et des dyslipidémies. Obésité. 1 mars 2008;3(1):19-26.
6. Aubert M. Personnalité, Motivation et Changement de Comportement : Application aux Personnes Atteintes de Diabète de type 2 [Internet] [phdthesis]. Université Paris-Saclay; 2022 [cité 15 juill 2023]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-03872468>
7. Guillaume Chevance. Etude des facteurs motivationnels influençant l'activité physique et la sédentarité de personnes atteintes de maladies chroniques en contexte de réhabilitation et post-réhabilitation [Revue de la littérature]. l'Université de Montpellier; 2017.

8. Dunbar-Jacob J. Models for Changing Patient Behavior. *AJN Am J Nurs.* juin 2007;107(6):20.
9. Inserm [Internet]. 2022 [cité 20 févr 2022]. Obésité · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>
10. Charlotte Verdot, Marion Torres, Benoît Salanave, Valérie Deschamps, Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen), Santé publique France, Université Paris 13., Centre de recherche Épidémiologie et statistique, COMUE Sorbonne-Paris-Cité, Bobigny, France. CORPULENCE DES ENFANTS ET DES ADULTES EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2015. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE ESTEBAN ET ÉVOLUTION DEPUIS 2006. 19 mai 2017 [cité 20 févr 2022]; Disponible sur: https://umtice.univ-lemans.fr/pluginfile.php/317908/mod_resource/content/1/BEH%20Esteban%202017_13_1.pdf
11. Charles MA, Eschwege E, Basdevant A. Épidémiologie de l'obésité de l'adulte en France Les études Obépi 1997–2006. *Obésité.* 1 déc 2008;3(4):258-63.
12. Luquet S, Cruciani-Guglielmacci C. Le contrôle central de la balance énergétique. *Cah Nutr Diététique.* 1 févr 2009;44(1):17-25.
13. OMS. Obésité et surpoids [Internet]. 2020 [cité 24 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
14. Arnold M, Pandeya N, Byrnes G, Renehan PAG, Stevens GA, Ezzati PM, et al. Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: a population-based study. *Lancet Oncol.* janv 2015;16(1):36-46.
15. Bhaskaran K, Douglas I, Forbes H, dos-Santos-Silva I, Leon DA, Smeeth L. Body-mass index and risk of 22 specific cancers: a population-based cohort study of 5·24 million UK adults. *The Lancet.* 30 août 2014;384(9945):755-65.
16. Wilson PWF, D'Agostino RB, Sullivan L, Parise H, Kannel WB. Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience. *Arch Intern Med.* 9 sept 2002;162(16):1867-72.

17. Touati S. Obésité, risque athérogène et effet thérapeutique direct de l'exercice physique : étude sur la contribution des voies signalétiques Akt/eNOS et NADPH oxydase pour expliquer les mécanismes vasculo-protecteurs de l'exercice physique chez le rat rendu obèse par une alimentation enrichie en graisse. [Avignon, France]: Université d'Avignon et des Pays de Vaucluse; 2010.
18. Tritz A. Surpoids, obésité et habitudes de vie : impact sur la fertilité du couple [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2020 [cité 20 févr 2022]. p. NNT : 2020LORR2081. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298168>
19. Backholer K, Wong E, Freak-Poli R, Walls HL, Peeters A. Increasing body weight and risk of limitations in activities of daily living: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. mai 2012;13(5):456-68.
20. Coudin E, Souletie A. Obésité et marché du travail : les impacts de la corpulence sur l'emploi et le salaire. *Econ Stat*. 2016;486(1):79-102.
21. Sayadi H, Chatti S, Mhalla H, Jemal M, Marmouch H, Khochtali I. Obésité, estime de soi et dépression : quels liens? *Ann Endocrinol*. 1 oct 2014;75(5):463.
22. prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale : rapport d'une consultation de l'OMS [Internet]. Genève; 1997. (OMS, Série de Rapports techniques). Report No.: 894. Disponible sur: file:///C:/Users/33786/AppData/Local/Temp/WHO_TRS_894_fre.pdf
23. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé [Internet]. 2004 [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: file:///C:/Users/33786/AppData/Local/Temp/A57_9-fr.pdf
24. Le programme national nutrition santé - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 5 mars 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/>
25. Unick JL, Beavers D, Bond DS, Clark JM, Jakicic JM, Kitabchi AE, et al. The Long-term Effectiveness of a Lifestyle Intervention in Severely Obese Individuals. *Am J Med*. 1 mars 2013;126(3):236-242.e2.

26. Ciangura C, Faucher P, Oppert JM. Activité physique, nutrition et obésité. *Nutr Clin Métabolisme*. 1 déc 2014;28(4):279-86.
27. Lee IM, Skerrett PJ. Physical activity and all-cause mortality: what is the dose-response relation? *Med Sci Sports Exerc*. juin 2001;33(6 Suppl):S459-471; discussion S493-494.
28. Mendelson M, Michallet AS, Tonini J, Guinot M, Bricout VA, Flore P. Activité physique dans la prise en charge de l'obésité : effets bénéfiques et modalités pratiques. *Obésité*. 1 sept 2012;7(3):160-8.
29. Verheggen RJHM, Maessen MFH, Green DJ, Hermus ARMM, Hopman MTE, Thijssen DHT. A systematic review and meta-analysis on the effects of exercise training versus hypocaloric diet: distinct effects on body weight and visceral adipose tissue. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. août 2016;17(8):664-90.
30. Kay SJ, Fiatarone Singh MA. The influence of physical activity on abdominal fat: a systematic review of the literature. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. mai 2006;7(2):183-200.
31. Katsoulis K, Blaudeau TE, Roy JP, Hunter GR. Diet-induced changes in intra-abdominal adipose tissue and CVD risk in American women. *Obes Silver Spring Md*. déc 2009;17(12):2169-75.
32. LeBlanc ES, Patnode CD, Webber EM, Redmond N, Rushkin M, O'Connor EA. Behavioral and Pharmacotherapy Weight Loss Interventions to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 18 sept 2018;320(11):1172-91.
33. Faure S. Médicaments de l'obésité. *Actual Pharm*. 1 janv 2014;53(532):53-5.
34. Svendsen OL, Toubro S, Breum L, Bruun JM, Astrup AV. [Drug treatment of obesity]. *Ugeskr Laeger*. 9 janv 2006;168(2):163-7.
35. Pagotto U, Vanuzzo D, Vicennati V, Pasquali R. [Pharmacological therapy of obesity]. *G Ital Cardiol* 2006. avr 2008;9(4 Suppl 1):83S-93S.

36. Fiche info - SAXENDA 6 mg/ml, solution injectable en stylo prérempli - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 12 juin 2023]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=61756418>
37. Guerci B. Tirzépate : les leçons du programme clinique SURPASS. Au-delà de l'équilibre glycémique. Médecine Mal Métaboliques [Internet]. 14 juill 2023 [cité 17 août 2023]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1957255723001396>
38. Merlotti C, Ceriani V, Morabito A, Pontiroli AE. Subcutaneous fat loss is greater than visceral fat loss with diet and exercise, weight-loss promoting drugs and bariatric surgery: a critical review and meta-analysis. Int J Obes 2005. mai 2017;41(5):672-82.
39. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 17 août 2023]. Disponible sur: https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/le-cmuh-recommande-d-approuver-mounjaro-dans-le-diabete-de-type-2/new_id/68484
40. WEGOVY AP84 DECISION et Avis CT [Internet]. [cité 17 août 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3359619
41. Groupe d'expertise collective de l'Inserm. Prise en charge chez l'adulte en France. Obésité. 1 mars 2007;2(1):95-106.
42. Pg K. The effects of weight loss treatments on upper and lower body fat. Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes [Internet]. août 1997 [cité 22 févr 2022];21(8). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15481759/>
43. Msika S, Coupaye M. Savoir dire non, ou les contre-indications de la chirurgie bariatrique. Obésité. 11 oct 2008;3(3):146.
44. Caiazzo R, Arnalsteen L, Pattou F. Principes du traitement chirurgical de l'obésité sévère. Médecine Mal Métaboliques. 1 oct 2008;2(5):468-72.
45. Ciangura C, Corigliano N. Chirurgie de l'obésité et ses complications. Rev Médecine Interne. 1 juin 2012;33(6):318-27.

46. P. Ritz 1 , P. Topart2 , G. Becouarn 2. Supplémentation vitaminique et chirurgie de l'obésité. *J Coelio-Chir.* juin 2009;(N° 70):p40-43.
47. Gilbert Zeanandin, Xavier Hébutern. Prise en charge des complications mécaniques et fonctionnelles de la chirurgie bariatrique. *Lett L'Hépatogastroentérologu.* oct 2010;Vol. XIII(n os 4-5):p 157-162.
48. Prof Michel Suter, Chirurgien-chef, Service de chirurgie, Hôpital du Chablais Aigle-Monthey, Médecin-adjoint au service de chirurgie, viscérale, Centre Hospitalier Universitaire, Vaudois, Lausanne, Suisse. Chirurgie bariatrique. Types d'interventions, complications, effets secondaires, pronostic à long terme. *ASASVV Medinfo 2010. 2010;Metabolisches Syndrom:p 58-71.*
49. Thereaux J, Veyrie N, Corigliano N, Aissat A, Servajean S, Bouillot JL. Chirurgie bariatrique : techniques chirurgicales et leurs complications. *Presse Médicale.* 1 sept 2010;39(9):945-52.
50. Souche R, de Jong A, Nomine-Criqui C, Nedelcu M, Brunaud L, Nocca D. Complications de la chirurgie de l'obésité. *Presse Médicale.* 1 mai 2018;47(5):464-70.
51. Ciangura C, Nocca D, Lindecker V. Recommandations de bonnes pratiques pour la chirurgie de l'obésité. *Presse Médicale.* 1 sept 2010;39(9):953-9.
52. Rivière P. Diététique et chirurgie bariatrique : principes de la prise en charge nutritionnelle des patients. *Médecine Mal Métaboliques.* 1 déc 2019;13(8):654-9.
53. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 14 mars 2022]. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
54. Don Nutbeam, du, Centre collaborateur OMS pour la promotion de la santé du Department of Public Health and, Community Medicine de l'Université de Sydney (Australie),, Organisation mondiale de la santé. *Glossaire de la promotion de la santé.* 1999.

55. Éducation thérapeutique du patient - Modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente [Internet]. [cité 15 juill 2023]. Disponible sur: https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23866/mod_resource/content/2/co/Modele_Pro.html
56. Bouvet J. Les facteurs favorisant la transition vers un mode de vie physiquement actif en population générale: étude qualitative thématique par entretiens semi-dirigés [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018 [cité 12 juin 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02956099>
57. Sous la direction de Jean-Pierre Lebeau, Isabelle Aubin-Auger, Jean-Sébastien Cadwallader, Julie Gilles de la Londe, Matthieu Lustman, Alain Mercier, Agnès Peltier. Initiation à la recherche qualitative en santé. co-édition : Global Média Santé et CNGE. Global Média Santé; 2021. (GROUMF).
58. Michel Gedda, Unité de recherche pluridisciplinaire Sport, Santé, Société – Université d'Artois,, Santé, Société – Université d'Artois, France. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* 2015;(157):50-4.
59. Stéphanie Métrat, Dr Ariane Sultan, Pr Antoine Avignon. MODIFICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU MODE DE VIE (alimentation et activité physique) chez l'adulte et l'enfant. 20 Mars 2015. 65(3):415-24.
60. Booth SL, Sallis JF, Ritenbaugh C, Hill JO, Birch LL, Frank LD et al. Environmental and Societal Factors Affect Food Choice and Physical Activity: Rationale, Influences, and Leverage Points. 01 Mars 2001. 59, issue 3(21-36).
61. Ciangura C, Touizer E, Basdevant A. Qui est obèse ? Pourquoi ? Conséquences clinique et thérapeutique. *J Chir Viscérale.* 1 oct 2010;147(5, Supplement):S4-9.
62. Ledeuil L, Evrard R. Dimensions auto-curatives et pré-engagement thérapeutique du « développement personnel ». *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. 27 juin 2023 [cité 19 juill 2023]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448723001907>

63. Golay A, Lager G, Giordan A. Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 mars 2007;1(1):69-76.
64. Morio B, Thivel D. Stratégies de prise en charge de l'obésité pédiatrique. *Cah Nutr Diététique*. 1 déc 2022;57(6):366-9.
65. Rozin P, Hammer L, Oster H, Horowitz T, Marmora V. The child's conception of food: Differentiation of categories of rejected substances in the 16 months to 5 year age range. *Appetite*. 1 juin 1986;7(2):141-51.
66. Doyen C. Chapitre 1 - Phases du développement du comportement alimentaire. In: Mouren MC, Doyen C, Le Heuzey MF, Cook-Darzens S, éditeurs. *Troubles du Comportement Alimentaire De L'enfant* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2011 [cité 28 juill 2023]. p. 3-11. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294707315000018>
67. Ricka N, Pellegrin G, Fompeyrine DA, Lahutte B, Geoffroy PA. Predictive biosignature of major depressive disorder derived from physiological measurements of outpatients using machine learning. *Sci Rep*. 25 avr 2023;13(1):6332.
68. Franceinfo [Internet]. 2023 [cité 29 juill 2023]. Les promesses de l'intelligence artificielle en cas de dépression. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-ma-sante/les-promesses-de-l-intelligence-artificielle-en-cas-de-depression_5894932.html

Annexes

Premier guide d'entretien

Guide d'entretien

Présentation du travail de recherche et de l'enquêteur.

Recueil du consentement du participant et accord pour l'enregistrement audio. Garantie de l'anonymat.

Dans cet entretien, un changement de mode de vie regroupe un rééquilibrage alimentaire et la pratique d'une activité physique régulière sur une durée suffisante pour obtenir une perte de poids.

Questions :

- 1. Qu'est-ce qui vous a donné envie de changer votre mode de vie ?**
- 2. Qu'est-ce qui vous a permis de passer à l'action ?**
- 3. Y a-t-il eu un événement ou une émotion qui a déclenché ce changement ? Un déclic ?**
- 4. Comment ça s'est passé ? d'un seul coup ou progressivement ?**
- 5. Avez-vous été aidé dans cette démarche ? Par qui ? Comment ?**
- 6. Avez-vous réussi à maintenir ces changements par la suite ?**
- 7. Si non : Qu'est-ce qui vous aurait aidé à les maintenir ?**
- 8. Question bonus : Avec le recul, sauriez-vous expliquer d'où vient cette motivation ?**
- 9. Si oui : Comment vous arrivez à maintenir votre motivation au quotidien ?**

Guide d'entretien

Présentation du travail de recherche et de l'enquêteur.

Recueil du consentement du participant et accord pour l'enregistrement audio. Garantie de l'anonymat.

Dans cet entretien, un changement de mode de vie regroupe un rééquilibrage alimentaire et la pratique d'une activité physique régulière sur une durée suffisante pour obtenir une perte de poids.

Questions :

1. Pouvez-vous vous présenter ? relances éventuelles : âge – sexe – profession - poids avant le changement de mode de vie - poids actuel.

2. Pourquoi avez-vous décidé de changer votre mode de vie ? Relances éventuelles : quand – personne(s) ou situation(s) en cause - origine de la démarche

3. Qu'est-ce qui vous a permis de passer à l'action ? Relances éventuelles : émotion(s) – situation(s) ou événement(s) déclencheur(s) – déclic

4. Comment cela s'est-il passé ? Relances éventuelles : changement brutal ou progressif – seul(e) – accompagnement par un(e) proche, un(e) professionnel(le)

5. Avez-vous maintenu ces changements jusqu'à ce jour ?

Si oui : **6. Comment avez-vous maintenu votre motivation ?** Relances éventuelles : comment palier à vos doutes/ difficulté(s) du quotidien

7. Quels conseils donneriez-vous à une personne dans la même situation que vous avant ce changement ?

Si non : **6. Qu'est-ce qui a fragilisé votre motivation ?** Relances éventuelles : évènement – complication – émotion – perte de vu d'un(e) professionnel(le)

7. Qu'est-ce qui selon vous aurait pu vous aider à maintenir ces changements ? Relances éventuelles : qu'est-ce que vous auriez pu faire – nécessité d'une aide extérieure

Résumé

Introduction : Actuellement le rééquilibrage alimentaire et la pratique d'une activité physique régulière sont les meilleures options thérapeutiques de l'obésité, une pathologie au cœur des enjeux de santé publique en France. L'objectif principal de ce travail est d'identifier les facteurs influençant la mise en place d'un changement de mode de vie, défini par ces deux éléments, chez les adultes obèses ou en surpoids dans le but d'optimiser l'éducation à la santé en médecine générale. L'objectif secondaire vise à identifier ces facteurs au-delà de la mise en place du changement.

Méthode : Réalisation d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de personnes adultes en surpoids ou obèses, menés jusqu'à saturation des données. L'analyse des entretiens, inspirée de la théorisation ancrée, a été réalisée via le logiciel N Vivo®.

Résultats : l'analyse des entretiens a repartit les facteurs étudiés en sept axes majeurs : le contexte de la prise de poids et de la démarche, le développement personnel qui motive l'initiation du changement, le cheminement intellectuel qui l'accompagne, l'environnement et le cadre qui font partie de l'anatomie de la démarche, la place de l'autre qui l'impacte sur de nombreux aspects, puis les facteurs qui s'inscrivent dans une démarche non aboutie ou la poursuite du changement.

Discussion : Cette étude, mise en lien avec la littérature, converge vers les principes de l'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique, deux techniques qui pourraient enrichir la pratique du généraliste. Cette étude ouvre plusieurs pistes d'amélioration de la prévention et du traitement de l'obésité, notamment orienter l'éducation à la santé vers les enfants ou utiliser l'intelligence artificielle.

Conclusion : Pour optimiser l'éducation à la santé au cabinet et l'accompagnement d'un patient dans un changement de mode de vie, il est primordial de situer la démarche dans son contexte, d'évaluer la motivation, l'état d'esprit et l'environnement dans lequel le patient évolue. De plus, une maîtrise du tissu associatif et professionnel, est nécessaire au généraliste pour l'orienter pertinemment.

MOTS CLES : activité physique, rééquilibrage alimentaire, surpoids, obésité, changement de mode de vie, éducation à la santé, médecine générale, étude qualitative

Introduction : Nowadays, a balanced diet and regular physical activity are the best therapeutic options for obesity, a pathology at the heart of public health issues in France. The primary objective of this study is to identify the factors influencing the implementation of lifestyle change, defined by these two elements, in obese or overweight adults, in order to optimizing health education in general practice. The secondary objective is to identify these factors beyond the implementation of the change.

Method : A qualitative study using semi-structured interviews with overweight or obese adults, conducted until data saturation. Interview analysis, inspired by grounded theory, was carried out using N Vivo® software.

Results : Analysis of the interviews divided the factors studied into seven major axes: the context of weight gain and the process, the personal development that motivates the initiation of change, the intellectual thinking that go with it, the environment and setting that form part of the anatomy of the process, the place of others, which has an impact on many aspects of the process, and the factors that form part of an unsuccessful process or the pursuit of change.

Discussion : This study, linked to the literature, converges on the principles of motivational interviewing and therapeutic education, two techniques that could enrich the practice of the general practitioner. This study opens up a number of avenues to improve obesity prevention and treatment, such as directing health education at children or using artificial intelligence.

Conclusion : To optimize in-office health education and patient support for lifestyle change, it is vital to place the approach in context, and to assess the patient's motivation, state of mind and environment. Moreover, the general practitioner needs to have a good grasp of the associative and professional network, in order to be able to guide the patient appropriately.

KEYWORDS : physical activity, diet rebalancing, overweight, obesity, lifestyle change, health education, general practice, qualitative study