



Marie Niel, Catherine Plotton

Département de médecine générale,  
Université Jean-Monnet, Saint-Étienne,  
France

marie.niel1@gmail.com

exercer 2024;201:100-7.

# Les modèles explicatifs des personnes en situation d'obésité

*Explanatory models of people suffering from obesity*

## INTRODUCTION

L'obésité, définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup>, concernait 17 % des adultes en France, selon les résultats de l'étude ESTEBAN (2014-2016)<sup>1,2</sup>. Parmi les multiples facteurs favorisant l'obésité, certains sont évidents, comme les apports énergétiques excessifs et la sédentarité<sup>3</sup>. Des facteurs génétiques sont également décrits<sup>3</sup>. L'obésité est un phénomène d'autant plus complexe qu'elle est souvent en lien avec des problématiques sociales ou économiques<sup>4</sup>. Les différentes dimensions de l'obésité (médicale, chirurgicale, psychologique, sociale, etc.) sont à prendre en compte pour un accompagnement personnalisé des personnes en situation d'obésité. Certains auteurs proposent même de parler « des obésités ». Dans ce travail, le terme « obésité », utilisé par les auteurs, intègre ses différentes dimensions<sup>5</sup>. L'obésité a de nombreuses répercussions, comme une augmentation du risque cardiovasculaire, des maladies ostéoarticulaires des membres inférieurs et des anomalies métaboliques (diabète de type 2, dyslipidémie)<sup>3</sup>. L'obésité est décrite comme un facteur de risque de mortalité toutes causes confondues<sup>6</sup>.

Dans ce contexte, le premier Plan national nutrition santé (PNNS) a été mis en place en 2001. Il avait pour objectif de promouvoir les facteurs de protection de la santé dans l'alimentation et le mode de vie et de réduire l'exposition aux facteurs de risque de maladies chroniques. En 2010, le Plan obésité proposait l'organisation du dépistage, l'accompagnement des

patients et l'investissement dans la recherche<sup>7</sup>. Le 4<sup>e</sup> PNNS (2019-2023) avait pour objectif de diminuer à 15 % la prévalence de l'obésité chez les adultes, de stabiliser celle du surpoids chez les enfants, d'augmenter l'activité physique de la population générale, de diminuer la sédentarité et d'améliorer la consommation alimentaire de la population<sup>8</sup>. En cas d'obésité, une perte de poids de 5 à 10 %, maintenue, pourrait diminuer la mortalité toutes causes confondues. Elle pourrait également réduire le risque d'apparition du diabète de type 2, le handicap lié à l'arthrose et améliorer les capacités respiratoires<sup>3</sup>. Le maintien d'une perte d'au moins 10 % du poids initial pendant plus de cinq ans a été observé chez 20 % des patients<sup>9</sup>.

Les personnes en situation d'obésité semblaient décrire une approche du médecin souvent blessante et maladroite au cours de leurs accompagnements<sup>10</sup>. Les perspectives du patient et du médecin quant à l'obésité semblaient différer. L'objectif du patient était de perdre du poids, celui du médecin était le même mais dans le but de réduire les comorbidités liées à l'obésité<sup>10</sup>. L'éducation à la santé, soutenue par l'entretien motivationnel, utilisée en médecine générale semble pouvoir constituer une réponse adaptée. Son efficacité dépend à la fois de l'engagement du patient et de celui du médecin<sup>11</sup>. En anthropologie médicale, cet engagement repose sur la création de réseaux sémantiques ou réseaux de termes, de situations associées à une maladie entre la personne et le soignant. Ces réseaux, supports du soin, confrontent des modèles explicatifs

### Remerciements :

les auteurs remercient Xavier Gocko pour sa relecture.

### Liens d'intérêts :

les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article. Les liens d'intérêts de chacun des auteurs de l'article sont consultables en ligne sur [www.transparence.gouv.fr](http://www.transparence.gouv.fr).

| Section | Titre                                | Contenu recherché                                                                |
|---------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1       | Récit initial de la maladie          | Lien chronologique entre un événement de vie et la maladie                       |
| 2       | Récit prototypique                   | Lien entre la maladie et une expérience antérieure ou celle d'une autre personne |
| 3       | Récit d'un modèle explicatif         | Existence d'un lien de causalité entre un événement quelconque et la maladie     |
| 4       | Services et réponses aux traitements | Traitements prescrits, effets indésirables, observance, autres traitements       |
| 5       | L'impact sur la vie                  | Regard sur la vie, entourage, spiritualité...                                    |

**Tableau 1** - Résumé des sections de la McGill Illness Narrative Interview (MINI)<sup>14</sup>

| Section | Titre                                | Guide d'entretien                                                                                                                                                                     |
|---------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1       | Récit initial                        | Racontez-moi comment tout a commencé avec l'obésité<br>Si vous êtes allé voir un médecin, pouvez-vous me raconter ce qu'il s'est passé lors de votre visite ?                         |
| 3       | Récit des modèles explicatifs        | Selon vous, qu'est-ce qui a pu causer votre obésité ?<br>Avez-vous un autre mot ou une autre étiquette pour décrire cette obésité ?<br>Qu'est-ce que l'obésité veut dire, pour vous ? |
| 2       | Récit des prototypes                 | Comment l'obésité est-elle présente autour de vous ?                                                                                                                                  |
| 4       | Services et réponses aux traitements | Quels conseils et/ou traitements sont en cours ou vous ont été proposés ?                                                                                                             |
| 5       | Impacts sur la vie                   | Qu'est-ce qui change dans votre vie avec l'obésité ?<br>Qu'est-ce qui vous aide à traverser les moments difficiles en lien avec l'obésité ?                                           |
|         | Conclusion                           | Avant de terminer l'entrevue, aimeriez-vous ajouter autre chose ?                                                                                                                     |
|         | Caractérisation                      | Pouvez-vous m'indiquer votre âge, votre poids, votre taille, votre catégorie socioprofessionnelle et votre ville de résidence ?                                                       |

**Tableau 2** - Guide d'entretien inspiré de la McGill Illness Narrative Interview (MINI)<sup>14</sup>

parfois différents entre les soignants (« *disease* ») et les personnes soignées (« *illness* »)<sup>12</sup>. Les modèles explicatifs, en partie inconscients, reposent sur l'étiologie, le moment et le mode d'apparition des symptômes, la physiopathologie, l'évolution et le traitement de la maladie<sup>12</sup>.

L'objectif de ce travail était de recueillir les modèles explicatifs des personnes en situation d'obésité afin de mieux les comprendre et de mieux les accompagner dans leur parcours de soins, autrement dit d'améliorer les réseaux sémantiques.

## MÉTHODE

Une étude qualitative selon une approche de médecine narrative a été réalisée entre novembre 2020 et juillet 2021.

### Population d'étude

L'échantillonnage visait une variation maximale des modèles explicatifs. Des personnes majeures et en situation d'obésité ont été recrutées, dans les départements de la Loire et de la Haute-Loire, par leurs médecins généralistes, puis contactés par le chercheur. La thématique du travail était présentée lors du premier contact, qui avait lieu soit sous la forme d'un entretien présentiel ou en visioconférence *via* le logiciel WhatsApp®.

### Recueil des données

Le guide d'entretien a été construit à partir de la *McGill Illness Narrative Interview* (MINI) utilisée en médecine narrative<sup>13</sup>. La MINI se divise en cinq sections (tableau 1). Elle permet de recueillir le récit initial de la maladie, le récit prototypique, le récit d'un modèle explicatif, les ser-

vices et réponses aux traitements et l'impact sur la vie. Cet outil semble intéressant pour explorer des sujets pouvant être stigmatisants, comme l'obésité, les addictions ou la maladie de Lyme chronique<sup>14,15</sup>. Dans le guide d'entretien, inspiré de la MINI, l'ordre des sections a été modifié pour favoriser les échanges avec les personnes interrogées (tableau 2).

Les entretiens ont été conduits par un des chercheurs (MN), enregistrés, retranscrits *ad integrum*, anonymisés sur Word®, puis validés par les personnes interrogées. Un journal de bord a été tenu et regroupait des comptes-rendus de terrain et de codage.

### Analyse des données

L'analyse de l'ensemble des entretiens a été effectuée par MN et CP. Cette analyse a pris la forme d'une



analyse de récits en favorisant l'approche chronologique. Elle a suivi les étapes suivantes : codage des données, détermination de la trame chronologique de l'histoire, mise en évidence des motifs des actions et des émotions associées puis intégra-

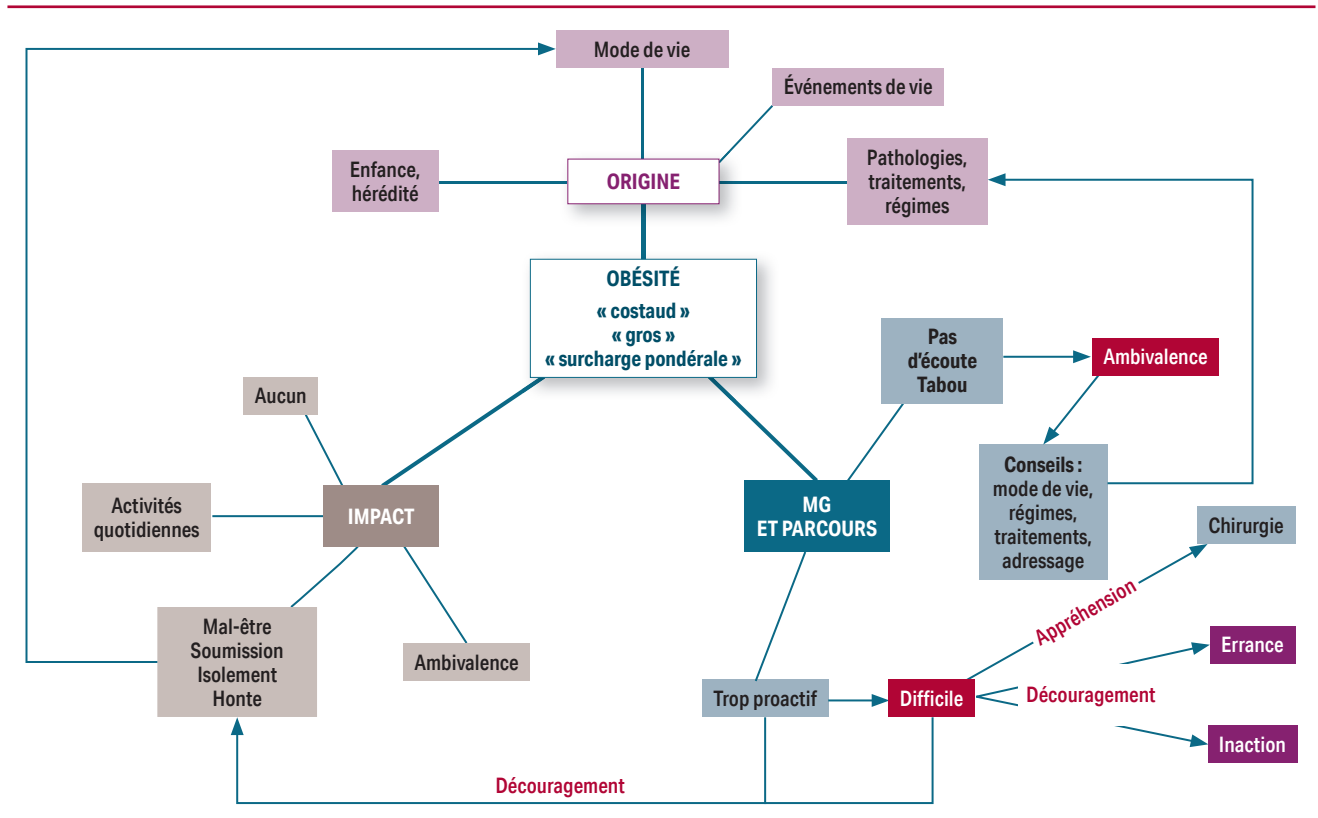
tion chronologique des précédentes étapes<sup>16</sup>. L'analyse d'un entretien précédait le recrutement de la personne interrogée suivante. La suffisance des données a été confirmée par la stabilisation des modèles explicatifs au cours des deux derniers entretiens.

### Aspects éthiques et réglementaires

L'accord des personnes interrogées a été obtenu avant enregistrement des entretiens. Ce travail a fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des

| Entretien | Durée (min) | Âge (ans) | Genre | Profession                           | IMC (kg/m <sup>2</sup> ) | Lieu de vie | Chirurgie bariatrique |
|-----------|-------------|-----------|-------|--------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|
| E1        | 30          | 45        | M     | Menuisier                            | 55,6                     | Rural       | Non                   |
| E2        | 60          | 59        | M     | Conducteur de bus                    | 43,2                     | Rural       | Non                   |
| E3        | 35          | 66        | M     | Retraité (médecin généraliste)       | 33,9                     | Urbain      | Non                   |
| E4        | 52          | 54        | F     | Invalidité                           | 49,9                     | Rural       | Non                   |
| E5        | 66          | 36        | F     | Réception/expédition de marchandises | 32,5                     | Urbain      | Oui                   |
| E6        | 90          | 29        | F     | Créatrice de mode                    | 38,6                     | Rural       | Oui                   |
| E7        | 25          | 24        | F     | Infirmière                           | 39,5                     | Rural       | Non                   |
| E8        | 45          | 71        | F     | Retraîtée (auxiliaire de vie)        | 41,9                     | Urbain      | Non                   |
| E9        | 40          | 27        | M     | Entrepreneur (livraison)             | 31,1                     | Urbain      | Non                   |

**Tableau 3** - Caractéristiques des personnes interrogées  
M : masculin ; F : féminin ; IMC : indice de masse corporelle.



**Figure 1** - Modèles explicatifs des personnes en situation d'obésité

MG : médecin généraliste ;   : origine de l'obésité ;   : parcours au sein du système de santé ;   : impact de l'obésité sur la vie.

| Facteurs                       | Exemples de verbatim                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Événements de vie</b>       |                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Décès (E6, E7)                 | « J'ai perdu mon copain dans un accident de voiture et j'ai pris 25 kg » (E7)                                                                                                                                                                              |
| Maladie d'un proche            | « Ma sœur, son cancer du sein qui a démarré » (E8)                                                                                                                                                                                                         |
| Divorce                        | « J'ai beaucoup grossi à mon divorce » (E4)                                                                                                                                                                                                                |
| Couple (E6, E9)                | « J'ai grossi quand je me suis mis en couple » (E9)                                                                                                                                                                                                        |
| Maternité                      | « Le départ, c'est la maternité » (E8)                                                                                                                                                                                                                     |
| Vie de famille (E2)            | « C'est une vie de famille, donc on se tient mieux à table » (E2)                                                                                                                                                                                          |
| Convivialité (E2, E6)          | « Envie de vivre et de profiter un peu » (E6)                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Mode de vie</b>             |                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Habitudes alimentaires         | « Manger un petit peu gras, pas forcément équilibré » (E6) ; « Beaucoup de pain » (E1) ; « Être gourmand(e) » (E3, 4) ou « Être une bonne mangeuse » (E5) ; « Un coup de téléphone et on a commandé à manger, là on sait forcément qu'on mange gras » (E9) |
| Sédentarité                    | « Je ne faisais pas beaucoup d'exercice » (E3)                                                                                                                                                                                                             |
| Travail                        | « Mon travail c'était [...] resto, resto, resto » (E2) ; « Mon travail, c'était assis » (E2)                                                                                                                                                               |
| Sevrage tabagique              | « Le tabac m'a pas aidée [...] il fallait bien compenser par quelque chose » (E4) ; « Quand j'ai arrêté de fumer [...] j'ai pris 10 kg » (E3)                                                                                                              |
| Stress                         | « Je suis tellement stressé que justement les soirs, je me vengeais sur la bouffe » (E2) ; « Quand ça va pas, je mange » (E5)                                                                                                                              |
| <b>Maladies et traitements</b> | « Dysthyroïdies » (E4, E6) ; « Les médicaments pour la dépression nerveuse » (E8) ; « La cortisone » (E5)                                                                                                                                                  |
| Régimes                        | « J'ai beaucoup grossi à cause des régimes » (E3) ; « J'avais perdu du poids, mais j'ai repris le poids plus la TVA » (E1)                                                                                                                                 |

Tableau 4 - Facteurs pouvant expliquer l'obésité, selon les personnes interrogées

libertés. Il a reçu l'approbation du comité d'éthique du centre hospitalier et universitaire de Saint-Étienne le 2 septembre 2020 (n° IRBN1102020/CHUSTE).

## RÉSULTATS

Neuf entretiens individuels ont été réalisés entre novembre 2020 et juillet 2021 auprès de personnes en situation d'obésité, d'une durée moyenne de 49 minutes (tableau 3). Les résultats principaux sont résumés dans la figure 1.

### Origine de l'obésité : depuis l'enfance, un moment précis et de multiples facteurs

La « surcharge pondérale » (E3) pouvait être présente depuis « toujours » (E1, E3), depuis « l'enfance » (E3, E7) : « J'étais un enfant un peu rond » (E1) ; « Gamine, j'étais potelée » (E4). « Des facteurs de prédisposition dans la famille, mon frère il est gros » (E3) et

« un terrain un peu héréditaire » (E6) ont été évoqués. L'obésité familiale était présente : « Dans la famille, y'avait déjà des personnes obèses [...], surtout du côté de ma maman » (E8). Le rôle des parents a été souligné : « C'est dès l'enfance que les parents doivent surveiller et prendre les choses en main » (E8).

De multiples facteurs étaient décrits comme pouvant expliquer l'obésité comme un événement de vie, le mode de vie, des maladies, des traitements et les régimes (tableau 4).

### Un parcours semé de tabous, de conseils, d'échecs et de découragement

Les personnes qui consultaient un médecin généraliste ne se sentaient parfois « pas écouté[es] » (E4) avec une notion « tabou » (E6, E7) : « Elle m'en parle pas et moi pas assez » (E4). Aborder le sujet semblait souhaitable : « C'est pas qu'on n'a pas envie d'en parler à son médecin généraliste, mais c'est qu'on n'a pas envie de l'embêter » (E9). Le médecin généraliste ne sem-

blait pas s'intéresser au poids – « Il m'a même d'ailleurs jamais pesée » (E6) – et ne prenait pas le temps : « On a rarement eu le temps de discuter » (E9). Des personnes se demandaient comment elles auraient réagi à une proposition d'aide du médecin généraliste, si elles l'auraient « acceptée [...] mal pris ? » (E6). « C'est un peu ambivalent » (E7). Une forme de réassurance de la part du médecin pouvait conduire à l'étonnement des personnes en situation d'obésité : « Il dit que je vais bien [...] des fois, je suis même surpris » (E2).

Lorsque les médecins généralistes abordaient la question du poids, ils le faisaient sous la forme de conseils : « Il me dit "veillez à ne pas prendre plus de poids Mme X" [...] faut plutôt en perdre qu'en prendre » (E8) ; « Elle m'a conseillé de reprendre mon alimentation pour voir s'il y a quelque chose qui pêche dedans, ou par rapport au sport, l'activité physique » (E9). Certains conseils étaient mis en pratique comme « le sport » (E2-6, E9) :



« Je vais à la chasse pour marcher » (E2). Les conseils étaient variables selon le genre : « À une femme, on va pas lui dire "faut que tu fasses du sport, mais faut que tu fasses un régime" » (E9). La rencontre pouvait conduire à des encouragements si le médecin généraliste percevait une perte de poids : « S'il voit que je perds 2 ou 3 kg [...], il me dit "c'est bien par rapport à la dernière fois" » (E8). Des interventions pouvaient agacer : « J'avais un médecin généraliste qui me cassait les pieds parce que j'étais trop lourd » (E1). Une attitude trop proactive n'était pas souhaitée : « Il faut surtout pas forcer les gens [...] ni trop les harceler » (E5). Elle pouvait conduire à un refus de soins : « On en a tellement marre qu'on n'ose même plus aller chez le médecin » (E5). Parmi les conseils, l'adressage était régulier : « Il pense qu'il y a des toubibs pour ça » (E4) ; « On nous dit toujours, il faut voir un nutritionniste, un diététicien » (E9).

Les consultations auprès d'une « diététicienne » (E3, E5-8), d'un « nutritionniste » (E3, E5, E6) ou d'un « endocrinologue » (E1, E6, E8) avaient un caractère « contraignant » (E9) : « Faut prendre rendez-vous déjà avec son généraliste, pour avoir une ordonnance [...], c'est démotivant » (E9). Lors de la consultation diététique, des conseils pouvaient être formulés – « diminuer les portions et ne pas grignoter » (E5) – et il pouvait leur être remis « des feuilles toutes faites [...] tu comptes les haricots verts et tu pèses le poulet » (E3). Ces conseils étaient jugés comme peu efficaces : « Si on suit au pied et à la lettre, on perd un peu de poids » (E1) ; « Ça marchait très moyen » (E3). Ils étaient considérés comme de « bonnes résolutions » (E6), des « rééquilibrages alimentaires » (E6-7) qui étaient « difficiles » (E7). Une « politique d'alimentation au long cours » (E3) a été évoquée et semblait difficile à maintenir dans le temps : « Sur du long terme, c'est pas possible » (E6).

Les différents conseils alimentaires formulés par les professionnels semblaient moins efficaces que les régimes classiques : « J'ai perdu

beaucoup moins » (E3). Ces régimes étaient préconisés par les professionnels de santé dès l'enfance par « le pédiatre » (E5) jusqu'aux nutritionnistes, diététiciens, endocrinologues et médecins généralistes à l'âge adulte (E1-9). Les régimes étaient perçus comme difficiles, voire impossibles : « C'est raide [...] ça me prenait la tête » (E2), « C'est impossible à tenir avec le boulot » (E9).

Les médicaments comme « un coupe-faim » (E8) ont été jugés « sans résultat » (E3). La chirurgie bariatrique, lorsqu'elle était réalisée, était décrite comme « simple » (E6), sans frustration, « contrairement au rééquilibrage alimentaire » (E5). Elle était envisagée avec des doutes et appréhensions : « C'est toujours hésitant, aller se faire charcuter » (E2) ; « Y'a pas que des réussites » (E3) ; « J'ai tellement peur » (E4) ; « On appréhende » (E5). L'expérience de la chirurgie était décrite chez l'entourage : « Elle était grosse [...] c'était horrible, elle dormait assise. Donc, elle, ils lui ont fait le bypass » (E5). Les suites pouvaient être variables selon les personnes : « Ça se passe super bien » ou « Elle pouvait plus manger » (E7). Le retentissement sur la santé mentale interrogeait : « Je sais pas comment elles vont dans leur tête », avec des personnes « qui le vivent pas toujours bien » (E8).

Trouver une solution efficace semblait « compliqué ! » (E2) sans espérer « un miracle » (E1, E4, E8). Au cours du parcours de soins, une lassitude était exprimée – « Ça nous décourage [...] j'ai un peu tout essayé » (E6) – et pouvait conduire à l'inaction – « Pendant dix ans, c'était tellement un ras-le-bol [...] j'ai strictement rien fait » (E5) – ou au recours à des thérapies dites alternatives comme « l'acupuncture » (E1), « le reiki » (E1), « l'hypnose » (E7), « un genre de magnétiseur » (E8) qui ne « marche pas vraiment » (E1). Des « coaches » pouvaient être sollicités pour « un vrai suivi accompagné, mais ça coûte cher, la séance, c'est 80-90 euros » (E9). Internet pouvait aussi être consulté : « On va sur Google®, on voit mille et un conseils différents » (E9).

### Obésité : identité, impact et quotidien

L'obésité était décrite par les mots « enveloppé » (E2), « costaud » (E2, E4, E6, E8), « gros » (E1, E3-9). Le terme « surcharge pondérale » pouvait être utilisé avec des inconnus (E3). Des personnes se décrivaient comme ayant des « problèmes de poids » (E9), étant en « obésité modérée » (E3) ou « obèses » (E5, E6, E9). L'obésité n'avait pas forcément d'impact sur le quotidien : « Ça m'a jamais plus dérangé que ça » (E5). Pourtant, le choix des vêtements posait problème : « Pour s'habiller aussi, c'est pas facile, il faut chercher des endroits où on trouve des vêtements grande taille » (E8). Un homme évoquait un retentissement supérieur chez les femmes : « On est vachement moins embêté que les femmes [...] un peu de ventre, c'est mignon » (E9). Une certaine ambivalence pouvait être retrouvée : « L'obésité, ça a jamais été [...] un frein » (E6) ; « J'ai envie d'aller faire du canoë et pas de le renverser » (E6). L'obésité pouvait limiter certains loisirs : « Dans les parcs d'attractions où j'avais toujours un peu peur que... je rentre pas ou qu'il y ait un poids maximum » (E5) ; « La balançoire [...], mes fesses elles rentrent pas » (E6). Des difficultés « à marcher » (E9) étaient évoquées : « Avant, je montais sur un toit à toute allure, rien ne m'arrêtait, et puis là je suis même plus capable d'y monter » (E2). La chute était redoutée – « J'ai peur de tomber » (E8) – ainsi que ses conséquences : « On relève pas 120 kg comme ça » (E4). Un essoufflement était noté : « J'étais plus vite essoufflée » (E5). Des problèmes de santé pouvaient être décrits – « cardiaques ou autres » (E9) ; « le diabète et l'hypertension » (E3) – avec leurs conséquences, « l'espérance de vie qui est diminuée » (E3). Les gestes de la vie quotidienne étaient compliqués : « Tout est réduit, [...] limité [...], passer une éponge derrière les toilettes [...], on peut pas » (E4). Des peurs étaient évoquées : « Faire comme une attaque [...], rester un légume » (E4) ; « Plus pouvoir marcher un jour » (E4) ; « si j'avais un cancer » (E8). Un impact de l'obésité pouvait être décrit au cours de suivi



médical, notamment avec un médecin généraliste qui avait effrayé un patient – « *N'attrapez pas le Covid, vous êtes mort ! [...] Ça vous met un coup, hein !* » (E2) – ou, pendant une échographie de suivi de grossesse, avec un radiologue : « *Comme y'a une couche de gras sur votre ventre, j'arrive pas à voir le bébé* » (E6). La taille du matériel médical n'était pas toujours adaptée : « *J'ai pas pu, parce que je suis trop grosse, trouver de genouillère à ma taille* » (E4).

Des personnes décrivaient un sentiment de mal-être – « *Je suis hyper mal dans ma peau* » (E7) – et parfois indépendamment du regard des autres : « *Les gens, ils peuvent dire "elle est grosse", je m'en fous, mais c'est moi, je me sens mal* » (E7). Un sentiment d'incompréhension pouvait être rapporté – « *On n'est pas compris* » (E4) –, voire de rejet – « *La société n'aime pas les gros* » (E3) ; « *Si peu aidé, si peu reconnu* » (E4) –, jusqu'à la honte – « *C'est une maladie honteuse* » (E3) – qui pouvait favoriser l'isolement et la sédentarité : « *Je devrais rester chez moi* » (E2). Une pression à être joyeux était décrite : « *Souvent, les gros, ils sont quand même assez joviaux [...] Si on est gros et en plus si on est méchant [...], on n'a rien pour avoir des amis* » (E6). La crainte du rejet pouvait modifier l'attitude des personnes en situation d'obésité avec une certaine soumission : « *Vous êtes pas forcément d'accord, mais vous allez quand même suivre* » (E5).

## DISCUSSION

### Les modèles explicatifs des personnes en situation d'obésité : le poids de l'obésité

Plusieurs modèles explicatifs coexistaient et interagissaient. Les personnes interrogées reliaient leur obésité à leur enfance, leur environnement familial, voire à des notions d'hérédité. Divers événements de vie, du deuil à la vie de couple, pouvaient constituer des éléments déclenchants. Le mode de vie ou certaines maladies ou traitements ou les régimes étaient aussi incriminés. Le parcours de soins était chaotique, avec

le tabou et la tautologie du silence : le médecin n'en parle pas puisque le patient n'en parle, et inversement. Ce parcours, jalonné d'échecs des accompagnements et de nombreux conseils difficiles à appliquer, pouvait conduire au découragement. Ce découragement pouvait favoriser l'inaction ou l'errance et constituer un facteur de maintien de l'obésité. L'ambivalence concernant l'impact de l'obésité sur le quotidien était aussi un facteur de maintien. Le sentiment de honte, la crainte du rejet des amis, voire de la société, conduisaient à l'isolement et à la sédentarité pouvant encore constituer un facteur de maintien.

### Interférer dans les modèles des personnes en situation d'obésité

Pour illustrer les différents modèles explicatifs, les auteurs ont fait le choix d'une matrice d'interprétation sur la base du modèle de Prochaska et DiClemente (figure 2), modèle d'approche comportementale qui décrit les stades de changement<sup>17</sup>. La phase de précontemplation n'apparaît pas, car elle n'a pas été identifiée dans les entretiens réalisés. Les personnes interrogées semblaient envisager un changement.

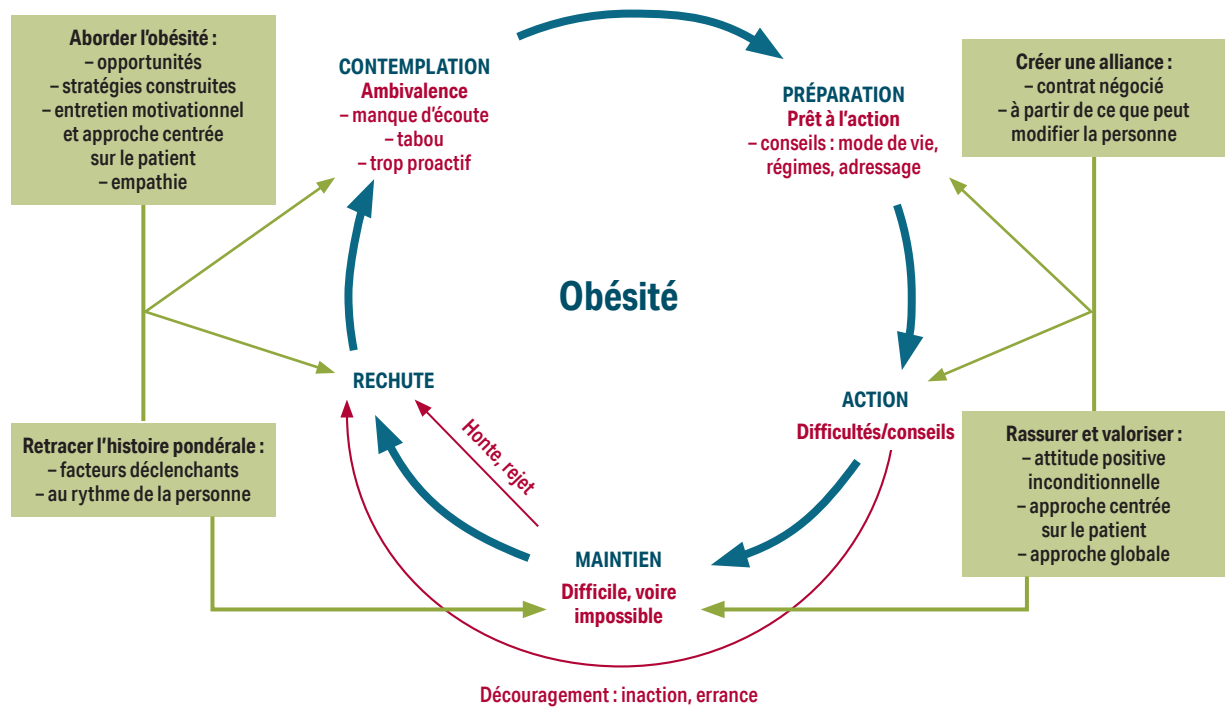
Le premier élément discuté est la rupture avec la tautologie du silence et du tabou. Dans une étude de 2013, l'obésité était abordée dans 25 % des consultations de médecine générale avec des patients en situation d'obésité ou en surpoids, le plus souvent par les médecins<sup>18</sup>. Le poids est décrit dans la littérature comme un sujet tabou<sup>19</sup>. Les médecins semblent utiliser des opportunités identifiées au cours de la consultation pour évoquer le sujet plutôt que des stratégies très construites<sup>20</sup>. Ces opportunités sont constituées par des symptômes aigus en lien avec l'obésité (gonalgie) ou une maladie chronique (diabète). La stratégie construite correspond, quant à elle, à l'abord systématique de l'obésité par le médecin, selon un plan pré-défini, préparé et réfléchi<sup>20</sup>.

Comment rompre le silence et le tabou ? En utilisant l'approche cen-

trée sur le patient (ACP) qui intègre les perspectives du patient (même ce dont il ne parle pas et qu'il aimerait que le médecin aborde) et du médecin<sup>21</sup>. L'ACP repose sur une attitude empathique qui permet à la personne en situation d'obésité de se sentir comprise et au médecin de mieux identifier ses ressources et besoins<sup>22</sup>. Entrer dans le monde des personnes en situation d'obésité évite les conseils parfois mal vécus. Les retentissements psychologiques et sociaux de l'obésité sont explorés. Les différentes peurs des personnes identifiées (mobilité, maladie, etc.) sont discutées, et une rassurance est effectuée quand c'est possible. Les personnes interrogées ont évoqué un sentiment de soumission pouvant traduire un manque de confiance en elles. Le médecin peut contribuer à renforcer cette confiance en soi en valorisant les efforts et les résultats<sup>23</sup>.

Aborder l'obésité permet au médecin généraliste de discuter des événements de vie parfois incriminés par les personnes en situation d'obésité. Certains sont décrits dans la littérature, comme la grossesse, les troubles anxiodépressifs ou des périodes de vulnérabilité psychologique ou sociale<sup>3</sup>. Ils semblent participer à l'obésité par le stress qu'ils occasionnent<sup>3</sup>. Retracer l'histoire pondérale du patient peut permettre au médecin de rechercher les événements qui auraient pu favoriser la prise de poids<sup>3</sup>. Cette discussion se fait au rythme de la personne et peut-être même lui faire identifier cet événement de vie<sup>21</sup>.

L'abord de l'obésité permet aussi au médecin généraliste de discuter avec la personne en situation d'obésité de la balance bénéfice-risque des différents accompagnements et ainsi de limiter les échecs répétés, véritables facteurs de découragement et donc de maintien. Ce sentiment de découragement et d'échec est mis en évidence dans la littérature<sup>23</sup>. Pour l'éviter, dans un processus d'ACP, le médecin peut négocier éventuellement sous la forme d'un contrat des solutions en



**Figure 2** - Modèles explicatifs des personnes en situation d'obésité, à travers le modèle de Prochaska et DiClemente  
 En rouge : modèles explicatifs décrits par les personnes obèses, en vert : approche proposée par les auteurs à partir de l'identification des modèles explicatifs.

alliance avec le patient, à partir de ce qu'il pense pouvoir modifier. En cas de non-réalisation, l'attitude positive inconditionnelle du médecin permet d'éviter le jugement<sup>21</sup>.

Une étude qualitative a rapporté une expérience de souffrance et de jugement, voire une discrimination<sup>24</sup>. Le jugement peut conduire au rejet et au sentiment de honte décrit par les personnes interrogées et mis en évidence dans la littérature. Lucibello *et al.* suggèrent que les sentiments de honte et de culpabilité modifient de manière significative les relations entre la perception du poids et l'activité physique et le temps passé devant un écran<sup>25</sup>. La stigmatisation sociale décrite chez les personnes en situation d'obésité peut concerner les soins et ainsi nuire à leur santé. Une éducation de la population, des décideurs et des professionnels de santé semble nécessaire. Des recommandations ont

été élaborées par un groupe d'experts internationaux pour lutter contre cette stigmatisation<sup>26</sup>.

### Forces et limites de l'étude

Cette étude était innovante, car elle s'est intéressée aux modèles explicatifs des personnes en situation d'obésité. L'utilisation de la MINI a permis de recueillir de façon structurée les modèles explicatifs. Le tabou de l'obésité a pu constituer une limite, car certains médecins contactés n'ont pas pu solliciter leurs patients. La période de pandémie à SARS-CoV-2 n'a pas facilité la réalisation des entretiens, l'un d'eux a été réalisé en visioconférence. L'analyse après chaque entretien a permis d'approfondir certains modèles. Les chercheurs ont déposé leurs *a priori* au début et au fil de l'étude. La triangulation pour l'analyse de l'ensemble des entretiens par deux chercheurs constitue une force au travail. Les modèles

explicatifs sont le fruit de discussions des trois auteurs.

### CONCLUSION

Les modèles explicatifs des personnes en situation d'obésité – hérédité, événements de vie, mode de vie, etc. – sont responsables d'un parcours de soins chaotique. Le tabou et les échecs des accompagnements pouvaient conduire au découragement et à l'inaction. L'ambivalence concernant l'impact de l'obésité sur le quotidien, le sentiment de honte et la crainte du rejet étaient des facteurs de maintien. Identifier les modèles explicatifs des personnes en situation d'obésité peut permettre de mieux les comprendre, les accompagner et d'améliorer les réseaux sémantiques en utilisant une approche centrée sur le patient et des techniques d'entretien motivationnel. ♦

## Résumé

**Introduction.** En France, en 2016, l'obésité concernait 17 % des adultes. L'entretien motivationnel est utilisé en médecine générale, avec une efficacité dépendant à la fois de l'engagement du patient et du médecin. Cet engagement repose sur la création de réseaux sémantiques entre la personne et le soignant. Ces réseaux confrontent des modèles explicatifs parfois différents entre soignants et personnes soignées. Les modèles explicatifs en partie inconscients reposent sur l'étiologie, le moment et le mode d'apparition des symptômes, la physiopathologie, l'évolution et le traitement de la maladie.

**Objectif.** Recueillir les modèles explicatifs des personnes en situation d'obésité afin de mieux les comprendre et de mieux les accompagner dans leur parcours de soins, autrement dit d'améliorer les réseaux sémantiques.

**Méthode.** Étude qualitative selon une approche de médecine narrative réalisée entre novembre 2020 et juillet 2021 auprès de personnes majeures en situation d'obésité recrutées par leurs médecins généralistes puis contactés par le chercheur. Le guide McGill Illness Narrative Interview a été utilisé.

**Résultats.** Plusieurs modèles explicatifs coexistaient et interagissaient. L'obésité pouvait être décrite dès l'enfance, parfois avec une notion d'hérédité. Des événements de vie comme le deuil, la vie de couple, le mode de vie, la maladie, des traitements ou des régimes étaient incriminés. Le parcours de soins était chaotique, entre tabou et échecs des accompagnements, et pouvait conduire au découragement. Ce découragement pouvait favoriser l'inaction ou l'errance et constituer un facteur de maintien de l'obésité. L'ambivalence concernant l'impact de l'obésité sur le quotidien, le sentiment de honte et la crainte du rejet était aussi des facteurs de maintien.

**Conclusion.** Ces modèles explicatifs peuvent permettre de mieux comprendre et accompagner les personnes en situation d'obésité. L'amélioration des réseaux sémantiques facilite l'approche centrée sur le patient et les entretiens motivationnels.

→ **Mots-clés :** obésité ; médecine générale ; modèles théoriques ; perspective de parcours de vie ; entretien motivationnel.

## Summary

**Introduction.** In France in 2016, obesity affected 17% of adults. Motivational interviewing is used in general practice, and its effectiveness depends on the involvement of both the patient and the physician. This involvement is based on the creation of semantic networks between the patient and the caregiver. These networks bring together the sometimes-differing explanatory models of caregivers and patients. The partly unconscious explanatory models are based on the etiology, time and mode of symptoms, physiopathology, evolution, and treatment of the disease.

**Aim.** To collect explanatory models for people suffering from obesity, to better understand them and support them in their care, in other words, to improve semantic networks.

**Method.** Qualitative study using a narrative medicine approach performed between November 2020 and July 2021 among adults experiencing obesity recruited by their general practitioners and then contacted by the researcher. The McGill Illness Narrative Interview guide was used.

**Results.** Several explanatory models coexisted and interacted. Obesity could be described early in childhood, sometimes with a notion of heredity. Life events such as bereavement, relationships, lifestyle, illness, treatments, or diets were incriminated. The care pathway was chaotic, with taboos and failures leading to discouragement. This discouragement could encourage inaction or erratic behavior and contribute to obesity persistence. Ambivalence about obesity's impact on daily life, feelings of shame and fear of exclusion were also factors in obesity persistence.

**Conclusion.** These explanatory models can help to better understand and care for people suffering from obesity. Improved semantic networks facilitate a patient-centered approach and motivational interviewing.

→ **Keywords:** obesity; general practice; theoretical models; life course perspective; motivational interviewing.

## Références

1. Organisation mondiale de la santé. Obésité et surpoids. Genève : OMS, 2020. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [consulté le 9 août 2023].
2. Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. Bull Epidemiol Hebd 2017;(13):234-41.
3. Haute Autorité de santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Saint-Denis : HAS, 2012.
4. Habicht F, Guillermin-Spahr ML, Bobbioni-Harsch E. L'interdisciplinarité pour un traitement global du patient obèse. Rev Med Suisse 2017;13(554):623-5.
5. Lecerf JM, Clément K, Czernichow S, et al. Les Obésités. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2021.
6. Martin Du Pan RC, Golay A. Le paradoxe de l'obésité. Rev Med Suisse 2014;10(436):1413-7.
7. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Plan obésité 2010-2013. Paris : MTES, 2011. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Obesite\\_2010\\_2013.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf) [consulté le 9 août 2023].
8. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme national nutrition santé (PNNS) 2019-2023. Paris : MSS, 2018. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4\\_2019-2023.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf) [consulté le 9 août 2023].
9. Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. Am J Clin Nutr 2005;82 (1):222-55.

10. Guérin R, Lasserre E, Moreau A, et al. Surpoids de l'adulte jeune : le poids des mots, le choc des représentations. exercer 2008;84:135-41.
11. Lasserre Moutet A, Chambouleyron M, Barthassat V, Lataillade L, Langer G, Colay A. Éducation thérapeutique séquentielle en MG. Rev Prat Med Gen 2011;25(869):732-4.
12. Taïeb O, Heidenreich F, Baubet T, Moro MR. Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. Med Mal Infect 2005;35(4):173-85.
13. Groleau D, Young A, Kirmayer LJ. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. Transcult Psychiatry 2006;43(4):671-91.
14. Pautrat M, Riffault V, Ciolfi D, Breton H, Brunault P, Lebeau J. Repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs dans le discours des patients. exercer 2019;156:347-53.
15. Chamoux A, Plotton C, Gocko X. Modèles explicatifs des patients souffrant de Lyme chronique. exercer 2020;163:196-201.
16. Bertrand R, Kühne N, Pellerin MA. L'enquête narrative en recherche en sciences de l'occupation : l'art de raconter des histoires. Revue francophone de recherche en ergothérapie 2018;4(2):137-44.
17. Durrer-Schutz D, Schutz Y. Comment aborder l'éducation thérapeutique d'un patient obèse ? La motivation du patient... et du médecin : une des clefs du succès thérapeutique ? Obésité 2009;4:23-7.
18. Laidlaw A, McHale C, Locke H, Cecil J. Talk weight: an observational study of communication about patient weight in primary care consultations. Prim Health Care Res Dev 2015;16(3):309-15.

19. McBride KA, Fleming CAK, George ES, Steiner GZ, MacMillan F. Double discourse: qualitative perspectives on breast screening participation among obese women and their health care providers. Int J Environ Res Public Health 2019;16(4):534.
20. Gray L, Stubbe M, Macdonald L, Tester R, Hilder J, Dowell AC. A taboo topic? How general practitioners talk about overweight and obesity in New Zealand. J Prim Health Care 2018;10(2):150-8.
21. Perdrix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin-patient. exercer 2017;132:187-97.
22. Gache P, Fortini C, Meynard A, Reiner Meylan M, Sommer J. L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques. Rev Med Suisse 2006;2(80):2154-62.
23. Volpp KG, Mohta NS. Patient engagement survey: the failure of obesity efforts and the collective nature of solutions. NEJM Cataly 2018;4(5):1-16.
24. Nakrachi A, Moyniez P, Romon M, Cunin M, Berkhout C, Tilly-Dufour A. Qu'attendent les patients en situation d'obésité de leur médecin généraliste ? exercer 2022;180:52-7.
25. Lucibello KM, Sabiston CM, O'Loughlin EK, O'Loughlin JL. Mediating role of body-related shame and guilt in the relationship between weight perceptions and lifestyle behaviours. Obes Sci Pract 2020;6(4):365-72.
26. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. Nat Med 2020;26(4):485-97.