



Représentations, comportements et obésité



Rev Med Suisse 2008; 4: 848-53

V. Barthassat
G. Lager
A. Golay

Drs Vincent Barthassat
et Grégoire Lager
Pr Alain Golay
Service d'enseignement thérapeutique
pour maladies chroniques
Département de médecine commu-
nautaire et de premier recours
HUG, 1211 Genève 14
Alain.Golay@hcuge.ch

Representations, behaviour and obesity

Dealing with a long term chronic disease necessarily implies changes of behaviour. In the field of obesity, these behaviours concern habits which are very often firmly fixed in patients' lives.

The study of patients' representations is of great interest in the medical field. Representations guide behaviours and therefore build up an important factor which determines the adherence to the treatment.

Representations always have a foundation and making them rise up induces a non-judgemental attitude. The health care provider can help the patient make them evolve. It must be highlighted that health care providers' representations are also important, particularly in the therapeutic relationship. This article proposes a reflection on the obese patients follow-up situation as well as some clinical implications.

La gestion à long terme d'une maladie chronique implique nécessairement des changements de comportements. Dans le domaine de l'obésité, ces comportements concernent des habitudes souvent très profondément ancrées. L'étude des représentations des patients suscite un intérêt grandissant en médecine. Les représentations pilotent les comportements et constituent ainsi un facteur important déterminant l'adhésion au traitement. Elles ont toujours un fondement et les faire émerger implique une attitude de non-jugement. Le soignant peut aider le patient à les faire évoluer. L'importance des représentations des soignants, notamment dans la relation thérapeutique, est à souligner. Nous proposons dans cet article une réflexion dans la situation particulière du suivi des patients obèses avec quelques implications cliniques.

POURQUOI S'INTÉRESSER AUX REPRÉSENTATIONS DES PATIENTS OBÈSES

L'éducation thérapeutique du patient tient une place centrale dans le traitement de l'obésité.^{1,2} Pour résoudre son problème d'obésité, le patient devra en effet acquérir de nouvelles connaissances, de nouvelles compétences, savoir utiliser ses propres ressources pour lui permettre de modifier les comportements qui l'ont conduit à l'état obèse. Comprendre les fondements, les fonctions actuelles ou passées de ces

comportements représente une étape incontournable de cette démarche. C'est en effet à ce niveau que résident bien souvent des obstacles dans la prise en charge des patients obèses. Autrement dit, la connaissance de soi au service des apprentissages.

Apprendre est considéré aujourd'hui comme une activité d'élaboration où le sujet confronte les informations nouvelles avec ses connaissances antérieures. Nous abordons donc tout nouveau savoir au travers de notre propre univers mental, lui-même en mouvement. Les concepts que nous manions pour nous orienter dans le monde, par rapport aux autres et vis-à-vis de nous-mêmes ont été nommés, selon les disciplines, «représentations mentales, collectives ou sociales», «conceptions», «ethnothéories», voire «croyances», etc. Ces représentations peuvent être définies comme une association d'informations, d'images, de sentiments qui nous servent à penser, communiquer avec autrui, mais surtout orientent nos comportements.³ Il s'agit de notre façon de percevoir le monde, d'y donner du sens, de nous représenter notre relation aux autres et à l'action.

MODÈLE DES CROYANCES DE SANTÉ (tableau 1)

Très orienté sur la compréhension des obstacles aux changements de comportements, le modèle des croyances de santé (Health belief model) a été décrit et permet d'explorer les différents niveaux de croyances qu'il est possible d'interroger et de travailler pour aider la personne à engager un changement en lien avec la santé.⁴



Pour réussir, un programme de perte de poids, un patient obèse devrait avoir une perception de sa situation qui lui permette de répondre par l'affirmative aux quatre points du modèle. Dans la négative, chaque point représente un domaine à explorer pour identifier les obstacles au projet. Le patient obèse devrait réaliser que l'obésité est une maladie sérieuse avec des complications qui peuvent compromettre son projet de vie, que tous les traitements sont efficaces et que les bénéfices à long terme en valent la peine.

En lien avec ce modèle, on peut imaginer des représentations pouvant faire obstacle à l'apprentissage et au changement de comportements de la personne obèse (tableau 1).

Tableau 1. Modèle des croyances de santé : obstacles possibles

Perception de la maladie

L'obésité n'est pas considérée par le patient comme une maladie

Perception de la sévérité de la maladie

Les complications sont généralement silencieuses et ne le concernent pas

Perception des bénéfices du traitement

Les traitements ne «marchent pas» (95% d'échecs des régimes)

Perception des obstacles au traitement

Le «coût psychologique» d'un régime ne surpasse pas le bénéfice escompté

REPRÉSENTATIONS SOCIALES

Pour les psychologues sociaux, une représentation permet de comprendre le monde par génération de signification, d'organiser l'expérience et de réguler les conduites. Ces représentations nées de l'interaction individuelle et collective sont appelées *représentations sociales*.⁵ Durkheim parlait de *l'idéation collective*, Moscovici en renouvela l'analyse pour les sociétés contemporaines.⁶ Les représentations sociales sont donc un lien symbolique entre le monde extérieur et le monde mental.⁷ Aborder les problématiques de la psychologie sociale, les comportements et les rapports sociaux, sous l'angle des représentations sociales s'est révélé très fertile,⁸ notamment, dans le cadre qui nous intéresse ici : le rôle de la maladie obésité dans la dynamique sociale, familiale, professionnelle, etc.⁹ En fait, le patient obèse a sa propre perception de la réalité de la maladie, de l'effet des traitements.¹⁰⁻¹¹ Cela peut aussi se révéler dans le rôle qu'il s'attribue dans la gestion de la maladie,¹² l'auto-efficacité qu'il perçoit.¹³

Mais alors que certaines représentations ne sont opératoires que dans un petit champ précis de la connaissance, d'autres peuvent avoir un poids émotionnel plus important, commandant ou pilotant d'autres représentations. Certaines représentations sont ainsi organisatrices, régulatrices, comme autant de métasystèmes.¹⁴ On retrouve là une image de la complexité, qui semble être la manière dont nous encodons et relient les informations. Giordan parle

de *conceptions* pour décrire ces codages d'informations de toutes natures et de tous niveaux hiérarchiques confondus.¹⁵⁻¹⁷

ÉCOUTE DES REPRÉSENTATIONS DU PATIENT OBÈSE

La clé de la prise en charge du patient obèse réside dans la mise en place durable de changements de comportements, d'habitudes de vie. L'entreprise s'avère généralement fastidieuse et se solde bien souvent par un échec, usant tant la motivation du patient que celle du soignant.

Les démarches développées dans ces différents champs des sciences humaines pour évaluer les conceptions sont directement applicables en éducation thérapeutique. Il est possible de repérer, dans une narration du patient écrite ou orale, de tels schémas de pensée.¹⁸

L'analyse des situations, notamment d'échec, nous a conduit vers l'exploration des représentations qui, comme nous venons de le voir, pilotent nos comportements, que l'on soit patient ou soignant.

Tout d'abord, il est nécessaire de relever que ces représentations comportent des aspects individuels et des aspects collectifs, qu'elles sont issues de notre culture, de notre éducation ou plus largement de nos expériences antérieures. Dans le domaine du comportement alimentaire qui nous intéresse ici, on imagine facilement la richesse et la complexité de cet univers. La place de la nourriture et de l'acte de manger est ancrée très profondément dans toute culture et notamment dans les codes relationnels.

Le soignant peut très facilement comprendre que si son patient obèse se sent fort, bon vivant, il risque d'avoir peur de maigrir, de devenir faible, voire malade. Comme autre exemple, si une femme grossit après un abus, son embonpoint peut lui permettre de ne plus se retrouver dans la situation de se sentir physiquement désirable. Malheureusement, cette situation est fréquente dans nos consultations spécialisées. Le tableau 2 présente quelques représentations pouvant faire obstacle à la perte de poids.

Il est capital de garder à l'esprit que ces représentations ne viennent pas de nulle part, qu'elles possèdent toujours

Tableau 2. Exemples de représentations fréquemment rencontrées pouvant faire obstacle

Etre gros, c'est être fort
Perdre du poids, c'est être malade
Embonpoint, c'est une richesse, réussite sociale
Etre gros me protège (me rend moins désirable)
Pour maigrir il faut se priver, souffrir

On ne jette pas la nourriture
On finit son assiette
Mieux vaut avoir trop que pas assez
L'huile d'olive ne fait pas grossir
Les produits Light n'ont pas de calories
Le chocolat, les desserts font grossir

Pour perdre du poids, il faut transpirer
Plus c'est mieux
L'activité physique doit être du sport



un fondement et qu'elles n'ont donc rien d'irrationnel. Au moment où l'on cherche à faire émerger ces représentations, il n'est pas important de se demander si elles sont justes ou fausses, mais plutôt de se demander comment elles se sont constituées. Une posture de non-jugement va permettre au patient d'élaborer son discours nous ouvrant ainsi toujours plus la porte sur son monde de représentations. On pourra aller plus loin dans la découverte de ce qui se cache derrière les mots du patient, à l'aide de questions ouvertes et sans jugement, du type: «que signifie, selon vous, l'hypertension?», «que représente, pour vous, le fait de marcher 30 minutes?». L'expression verbale peut être soutenue par une démarche où c'est le patient qui tient le crayon, qui schématise, explicite sa pensée. Les questionnements pourront ressembler à: «pouvez-vous dessiner par où passe le sucre dans votre corps, une fois avalé?», «pouvez-vous me représenter de quoi nous sommes composés?».

Ces démarches ont plusieurs effets immédiats. Elles permettent tout d'abord une prise en compte de la personne par le soignant, une écoute gage de relation de qualité, tout du moins sa condition préalable. Le patient se sent écouté et en confiance. Cela permet également au soignant de repérer des obstacles dans l'apprentissage, et au patient lui-même, de mettre à jour des contradictions dans son discours, voire de susciter en lui des questions qui lui apparaissent lors de ses explicitations. Ses productions graphiques pourront également être comparées au cours des différentes consultations, ainsi, les évolutions et progressions visibles peuvent permettre un accroissement de sa motivation.

TENIR COMPTE DES REPRÉSENTATIONS

(tableau 3)

Dans un second temps, après avoir pris conscience de ces représentations, la question est de savoir à quoi elles servent? Comment la proposition thérapeutique s'intègre dans ce mode de pensée? Peut-on les considérer comme un levier ou un obstacle? Si elles peuvent représenter une ressource, il sera très utile de clarifier les liens entre ces savoirs, ces éventuelles expériences antérieures et le projet de soin. Si au contraire, elles constituent un obstacle, une première étape sera de légitimer les difficultés que rencontre le patient dans sa prise en charge «compte tenu de ce que nous venons de voir il est bien compréhensible que vous ayez de la difficulté à...». Dans certaines situations, après avoir montré au patient que l'on a bien compris sa pensée, il sera utile pour la suite de se positionner clairement: «...néanmoins, je pense différemment».

FAIRE ÉVOLUER LES REPRÉSENTATIONS

(tableau 3)

Fort heureusement les représentations évoluent. Nous pouvons même aider le patient à les faire évoluer. Cependant, de la même manière qu'elles se constituent de manière complexe, il ne suffit pas de prendre conscience qu'une représentation fait obstacle pour la modifier. L'expérience auprès des malades chroniques nous a appris

Tableau 3. Tenir compte des représentations

Faire émerger les représentations

- Par un questionnement: «que signifie, pour vous,...?», «quel vécu, quelle expérience, sous-tendent ce que vous me dites?»
- En proposant au patient de dessiner, schématiser graphiquement, etc.

Porter une attention au-delà des mots du patient

Identifier le lien entre les représentations et la proposition thérapeutique

- La représentation du patient peut-elle constituer un obstacle ou un levier en vue du projet de soin?

Mobiliser les représentations

- Représentations-levier:
 - Expliciter le lien, renforcer: «ce que vous me dites là, va parfaitement dans le sens de notre projet, de votre démarche, de ma proposition de traitement»
- Représentations-obstacle:
 - Légitimer leur fondement «je comprends bien maintenant comment vous vous expliquez ceci, l'analogie que vous faites avec...»
 - Légitimer les difficultés rencontrées par le patient «avec ce que vous me dites, je comprends qu'il soit difficile pour vous de...»

Faire évoluer les représentations du patient

- Faire expérimenter, le conflit cognitif (faire prendre conscience des représentations contradictoires), apporter de l'information, confrontation des savoirs entre pairs (travail de groupe)

qu'il n'y a rien de tel que d'expérimenter pour faire évoluer nos conceptions. Par exemple, c'est après deux semaines dans notre service que les patients nous disent avoir compris que de respecter une structure alimentaire en mangeant régulièrement à chaque repas leur permet de manger globalement moins et de retrouver les sensations de faim et parfois de satiété. Une autre manière peut être de mettre en lumière que le patient a plusieurs représentations qui sont contradictoires (perturbation cognitive) et de l'inviter ainsi à réorganiser sa pensée. Le travail en groupe permet également une confrontation entre pairs qui peut permettre aux patients de remettre en question leur savoir. Le tableau 3 propose une séquence qui permet de tenir compte des représentations dans la construction du projet thérapeutique. Cette séquence est illustrée par un exemple clinique décrit dans la vignette (tableau 4).

REPRÉSENTATIONS DES SOIGNANTS

Bien que peu souvent abordé, le domaine des représentations des soignants mérite d'y porter une grande attention. En effet, le soignant étant à la fois un individu et un professionnel de santé, il est porteur de deux mondes de représentations, chacun revêtant encore des aspects collectifs et individuels. Les représentations sociales sont majoritairement négatives à l'endroit des personnes obèses. Pourquoi les soignants penseraient-ils différemment que la majeure partie de la population? Les représentations professionnelles sont aussi chargées. Le patient obèse est un patient



Tableau 4. Vignette clinique

M^{me} A présente une obésité dans un contexte de troubles du comportement alimentaire importants. Elle a expérimenté plusieurs pertes de poids importantes dans le passé grâce à des régimes sévères. Malheureusement, elle a chaque fois repris du poids à l'arrêt du régime, entraînant un phénomène de yo-yo. Même si elle a compris qu'elle devait sortir des comportements extrêmes et retrouver une alimentation équilibrée et régulière, ses expériences antérieures la confortent dans l'idée qu'il faut se priver pour maigrir. Aujourd'hui, elle a tendance à manger trop peu aux repas et s'interdire de nombreux aliments (desserts, pizzas,...). Ceci la rend fragile face aux tentations, entraînant des pertes de contrôle alimentaire encore fréquentes. Le soignant souhaite lui proposer de s'autoriser de manière programmée des aliments jusque-là interdits.

Patient : – Une pizza ! mais vous n'y pensez pas ! C'est un kilo de plus à coup sûr ! Médecin : – Ah bon... Vous en avez déjà fait l'expérience ? P – Malheureusement trop souvent !	Faire émerger
M – Oui... mais j'entends... vous vous êtes déjà pesée avant et après ? P – Bien sûr ! et une fois j'ai même pris plus qu'un kilo !	Identifier le lien <i>Représentation = obstacle</i>
M – Dans ce cas je comprends que ma proposition ne vous enchante pas P – Ah ça non M – Néanmoins, je dois vous dire que je pense différemment. Je souhaiterais vous faire faire une petite expérience pour illustrer mon propos : pensez-vous que le fait de boire de l'eau pourrait vous faire prendre du poids ? P – Ben... non, dans l'eau il n'y a pas de calories !	Mobiliser <i>Légitimer</i> <i>Se positionner</i>
M – Je vous propose de vous peser, de boire un litre d'eau puis de vous peser à nouveau. Enfin, de vous repeser une fois douze heures plus tard. Nous pourrions ainsi en reparler la prochaine fois	Faire évoluer <i>Faire expérimenter</i>
<i>Consultation suivante :</i> M – Alors, comment cela s'est-il passé ? P – Je crois que j'ai compris le message ! En effet, j'ai pris un kilo en buvant un litre, mais je l'ai reperdu dans les douze heures suivantes ! M – Vous comprenez donc ce qu'il s'est passé quand vous êtes allée manger la pizza au restaurant ? P – Oui, la différence de poids correspond au poids de ce que j'ai mangé et bu	<i>Faire les liens :</i> <i>Avec l'expérience antérieure</i>
M – En effet, et ce n'est donc pas la conséquence des calories que vous avez avalées. Une pizza peut tout à fait s'intégrer dans votre plan alimentaire si vous tenez compte des calories qu'elle contient	<i>Avec la proposition thérapeutique</i> <i>Donner de l'information</i>

difficile, un échec annoncé, grevé d'une grande morbidité, pour lequel il est difficile de réaliser les examens cliniques et paracliniques.¹⁹ Dans un registre plus individuel, nous sommes aussi porteurs de représentations, personnelles, qui se sont constituées par notre vécu, nos expériences antérieures, notre formation, notre expérience professionnelle, toujours unique. Dans une lecture psychanalytique de la relation soignant – patient obèse, C. Grangeard propose de distinguer ce qui relève de nos représentations et préjugés de la notion de contre-transfert.²⁰ Et de souligner combien il est important de connaître nos propres représentations pour pouvoir travailler en toute conscience de nos manifestations de contre-transfert. Et de pouvoir ainsi s'interroger dans les difficultés rencontrées sur ce qui est de soi et ce qui est du patient.

REPRÉSENTATIONS QUI NOUS SONT ATTRIBUÉES

Un autre domaine s'ouvre encore ici, c'est celui des représentations que l'autre nous attribue, ou représentations projetées. Autrement dit «ce que l'autre pense que je pense», ceci formant une part de ce qui a été appelé les préconstruits relationnels.²¹ Dans le champ de la relation médecin-patient, on imagine facilement l'importance que cela peut revêtir, en particulier si il y a divergence : «c'est un médecin, il est certainement contre...», cela ne sert à rien que je lui parle de...». Ceci peut être une piste à explorer dans les situations qui bloquent, d'autant plus que ces conflits implicites ne sont parfois qu'hypothétiques. Là encore un climat de non-jugement facilitera l'expression de conceptions divergentes.

CONCLUSION

La prise en charge de l'obésité nécessite d'accompagner le patient dans la mise en place de changements de comportements et dans ses apprentissages. Ceci implique de l'aider à prendre conscience de ce qui, dans ses connaissances et ses expériences antérieures, guide ses habitudes et notamment son comportement alimentaire. Cette démarche demande entre autre de cheminer avec une attention particulière au monde des représentations du patient. Au cours de ce cheminement, la relation thérapeutique peut être le lieu de conflits implicites entre les conceptions du patient et celles du soignant, qu'elles soient réelles ou présupposées. La posture du soignant doit donc permettre tant d'explorer les représentations des patients dans une attitude de non-jugement, que d'avoir conscience de ses propres représentations et de pouvoir ainsi expliciter les possibles divergences.

Nous n'abordons jamais le savoir la tête vide, nos conceptions du monde et de nous-mêmes nous permettent de nous repérer dans notre monde et pilotent nos comportements. Un apprentissage chez l'adulte implique souvent une déconstruction-reconstruction continue de conceptions et le soignant-éducateur peut être un facilitateur dans cette aventure. C'est un élément fondamental de l'enseignement thérapeutique, et une opportunité pour le soignant-éducateur, de tisser avec le patient un lien qui, certainement, fera évoluer ses propres représentations. ■

Implications pratiques

- Accompagner un patient dans un changement de comportements implique de porter une attention à ses représentations de la maladie et du traitement
- Selon le lien identifié entre les représentations et la position thérapeutique, le soignant pourra utiliser une représentations-levier ou cherchera à faire évoluer une représentation-obstacle
- La posture du soignant doit permettre tant d'explorer les représentations des patients dans une attitude de non-jugement, que d'avoir conscience de ses propres représentations



Bibliographie

- 1 ** Golay A, Lager G, Giordan A. Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses. *Médecine des maladies métaboliques* 2007;1(Suppl.):69-76.
- 2 Golay A, Lager G, Giordan A. Motivating patients with chronic diseases. *J Med Pers* 2007;5(Suppl.): 57-63.
- 3 Dortier JF. L'univers des représentations ou l'imaginaire de la grenouille. *Sciences Humaines*, 2002;24.
- 4 Rosenstock IM, Stretcher VS, Becker MH. Developing effective behavior change interventions. University of Illinois: Fishbein M, 1994;3.
- 5 Aimon D. Le concept de représentation. DEA en sciences de l'éducation. CUEEP, Université des sciences et technologies de Lille (Lille I), 1998.
- 6 Jodelet D. Les représentations sociales. coll. Sociologie d'aujourd'hui. Paris: PUF, 1989;37.
- 7 Apprendre. *Sciences Humaines*, 1999;98:32
- 8 Moscovici P. Des représentations collectives aux représentations sociales. In: Jodelet D, ed. *Les représentations sociales*. Coll. Sociologie d'aujourd'hui. Paris: PUF 1989;63.
- 9 * Herzlich C. Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale. Paris: Mouton, 1969.
- 10 Hochbaum GM. Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study. Washington, DC: US Government printing office, 1958; 572.
- 11 Rosenstock IM. What research in motivation suggests for public health. *Am J Public Health* 1960;50:295-301.
- 12 Wallston BS, Wallston KA. Locus of control and health: A review of the literature. *Health Education Monographs* 1978;6:107-17.
- 13 Bandura A. *Social learning theory*. New York: General learning press, 1977;27.
- 14 Doise W, Clemence A, Lorenzi-Cioldi F. Représentations sociales et analyses de données. PU.Grenoble, 1992;13.
- 15 Giordan A, de Vecchi. *Les origines du savoir*. Paris, Neuchâtel: Delachaux, 1987;214.
- 16 Giordan A, Girault Y, Clément P. *Conceptions et connaissances*. Berne: Peter Lang, 1994.
- 17 * Giordan A. *Apprendre!* Paris: Belin, 1998.
- 18 Dominicié, P. *L'Histoire de vie comme processus de formation*. Paris: L'Harmattan, 2005.
- 19 INSERM, la prise en charge du surpoids et de l'obésité par les médecins généralistes en région PACA, ORS PACA INSERM Unité 2005;379;7.
- 20 * Grangeard C. Le poids des représentations: «transfert et contre-transfert» en chirurgie bariatrique. *Obésité* 2007;2:318-23.
- 21 Amiguet O, Julier C. *L'intervention systémique dans le travail social. Repères épistémologiques, éthiques et méthodologiques*. Genève: les Editions IES et EESP, 1996.

* à lire

** à lire absolument