

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Motivations des patients vivant dans l'obésité à intégrer des programmes d'éducation thérapeutique selon le point de vue de leur médecin généraliste.

Étude qualitative

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 7 novembre 2024 à 19 heures
au Pôle Formation
par **Marie EBELLE DIN**

JURY

Président de jury:

Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

Assesseur :

Madame le Docteur Océane N'DOLI

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Gabrielle LISEMBARD

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Liens d'intérêt.....	4
Liste des abréviations.....	5
Résumé.....	6
Abstract.....	8
Introduction.....	10
Matériel et méthode.....	14
Résultats.....	16
1. La réflexion	17
2. Le dialogue.....	17
3. L'éducation thérapeutique	19
4. L'espérance.....	21
5. Le mal-être.....	22
6 Rôle du médecin généraliste.....	23
7 Les pistes vers une augmentation du taux d'adhésion.....	26
Discussion	28
1 Résultats principaux de l'étude.....	28
2 Comparaison avec la littérature.....	28
3 Modèle intégratif.....	29
4 Forces et limites	32
5 Perspectives.....	32
Conclusion.....	34
Références bibliographiques.....	35
Annexes.....	37

Liens d'intérêt

Je déclare ne présenter aucun lien d'intérêt.

Liste des abréviations

ETP	Éducation thérapeutique patient
REST'O	Association créée en 1999, proposant des structures co-organisatrice de l'éducation thérapeutique et des formations destinées aux professionnels de santé
PREVAL	Association de prévention santé créée depuis 2005 proposant de l'éducation thérapeutique
OMS	Organisme mondial de la santé
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
MG	Médecins généralistes
GPS'O	Expérimentation de type Article 51

Résumé

Contexte : En France, l'obésité est également décrite comme l'un de nos principaux problèmes de santé dont les coûts annuels liés aux complications secondaires sont élevés. L'ETP est une pratique de santé récente. Cependant, ce programme fait face à de nombreux freins comme le manque de formation et le manque de temps des soignants. Cette étude a pour but principal d'analyser les motivations des patients à rejoindre un programme d'éducation thérapeutique du point de vue de leur médecin généraliste, dans le but d'améliorer nos pratiques professionnelles et d'augmenter le taux d'adhésion au dispositif.

Matériel et méthode : Une étude qualitative a été réalisée auprès des médecins généralistes de la Flandres Maritime, de la Région Audomaroise et de la région Lilloise dont au moins un patient a suivi les ateliers PREVAL et/ou REST'O. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été menés de novembre 2023 à juillet 2024 jusque saturation des données.

Résultats : Cette étude a mis en évidence plusieurs aspects du parcours du médecin généraliste le conduisant à proposer l'éducation thérapeutique à ses patients. L'approche pluridisciplinaire lors de diverses sessions d'éducation thérapeutique constituait un élément central incitant le médecin généraliste à orienter son patient vers des structures appropriées, dans le but de favoriser des modifications des modes de vie, de prodiguer des conseils personnalisés et adaptés aux besoins spécifiques du patient. Ces différents objectifs sont difficiles à atteindre en consultation de médecine générale en raison de deux obstacles majeurs cités par les médecins généralistes, à savoir le manque de compétences et le temps limité durant les consultations. Le rôle du médecin généraliste, consistant à informer, accompagner et coordonner, est perçu comme essentiel dans le parcours de prise en charge du patient vivant dans l'obésité.

Conclusion : Le rôle d'informer et d'accompagner du médecin généraliste semble primordial, à condition qu'il y soit sensibilisé ou formé. Notre étude nous a permis d'identifier les facteurs influençant le recrutement réalisé par le médecin généraliste qui pourraient être à l'origine d'un manque d'adhésion des patients à l'éducation thérapeutique. L'évaluation de l'impact de l'obésité sur la qualité de vie, de même que le parcours de vie du patient et l'enquête autour de son entourage familial, semblent négligés.

Mots-clés : obésité; patients; médecins généralistes; relations médecin-patient; recherche qualitative; éducation thérapeutique

Abstract

Background : In France, obesity is also described as one of our major health issues, with high annual costs related to secondary complications. Therapeutic Patient Education (TPE) is a relatively new healthcare practice. However, this program faces numerous obstacles, such as the lack of training and time for healthcare providers. The primary aim of this study is to analyze patients' motivations for joining a therapeutic education program from the perspective of their general practitioner, with the goal of improving our professional practices and increasing the adherence rate to the program.

Material and method : A qualitative study was conducted among general practitioners from Flandres Maritime, the Audomarois Region, and the Lille metropolis, each of whom had at least one patient who participated in the PREVAL and/or REST'O workshops. Semi-structured individual interviews were carried out from November 2023 to July 2024 until data saturation was reached.

Results : This study highlighted several aspects of the general practitioner's journey that lead them to offer therapeutic education to their patients. The multidisciplinary approach during various therapeutic education sessions was a key factor prompting the general practitioner to refer their patient to appropriate structures, with the aim of encouraging lifestyle changes and providing personalized advice tailored to the patient's specific needs. These different objectives are difficult to achieve during general practice consultations due to two major obstacles cited by general practitioners: lack of expertise and limited consultation time. The general practitioner's role in informing, supporting, and coordinating is perceived as essential in the care pathway of the obese patient.

Conclusion : The general practitioner's role of informing and supporting seems essential, provided that he or she is aware of it or trained. Our study allowed us to identify the factors influencing recruitment carried out by the general practitioner which could be at the origin

of a lack of patient adherence to therapeutic education. The assessment of the impact of obesity on quality of life, as well as the patient's life course and the investigation of his family circle, seem neglected.

Keywords :obesity; general practitioner; qualitative study; therapeutic patient education

Introduction

1 Définition de l'obésité

L'obésité est à l'origine d'un désordre métabolique chronique associé aux maladies cardio-vasculaires conduisant à une augmentation de la morbidité et de la mortalité [1]. Des pathologies comme l'hypertension artérielle, le diabète, le syndrome d'apnée du sommeil augmentent fortement et de manière linéaire quand les personnes sont en surpoids ou en obésité [2].

Tableau 1 - Prévalence des pathologies associées, passées ou actuelles, par catégorie d'IMC.

IMC	< 25 kg/m ²	≥ 25 et < 30 kg/m ²	≥ 30 et < 35 kg/m ²	≥ 35 et < 40 kg/m ²	≥ 40 kg/m ²
Hypertension artérielle	17,3 %	25,1 %	34,5 %	39,3 %	43,2 %
Diabète	6,0 %	9,8 %	18,4 %	21,3 %	31,1 %
Hypercholestérolémie	18,8 %	18,6 %	21,6 %	21,0 %	31,9 %
Maladies cardiovasculaires	7,0 %	6,9 %	7,6 %	9,1 %	11,6 %
Cancers	12,0 %	6,8 %	7,2 %	5,3 %	8,0 %
Syndrome d'apnée du sommeil	7,3 %	7,7 %	15,1 %	22,5 %	30,9 %
Reflux gastro-œsophagien	24,2 %	18,2 %	21,4 %	22,6 %	22,2 %
Arthrose	18,5 %	14,7 %	17,5 %	22,7 %	22,6 %
Troubles psychologiques	25,0 %	11,9 %	16,6 %	18,2 %	24,9 %

2 Épidémiologie et contexte scientifique

La prévalence de l'obésité a considérablement augmenté depuis le début des années 1990 [3].

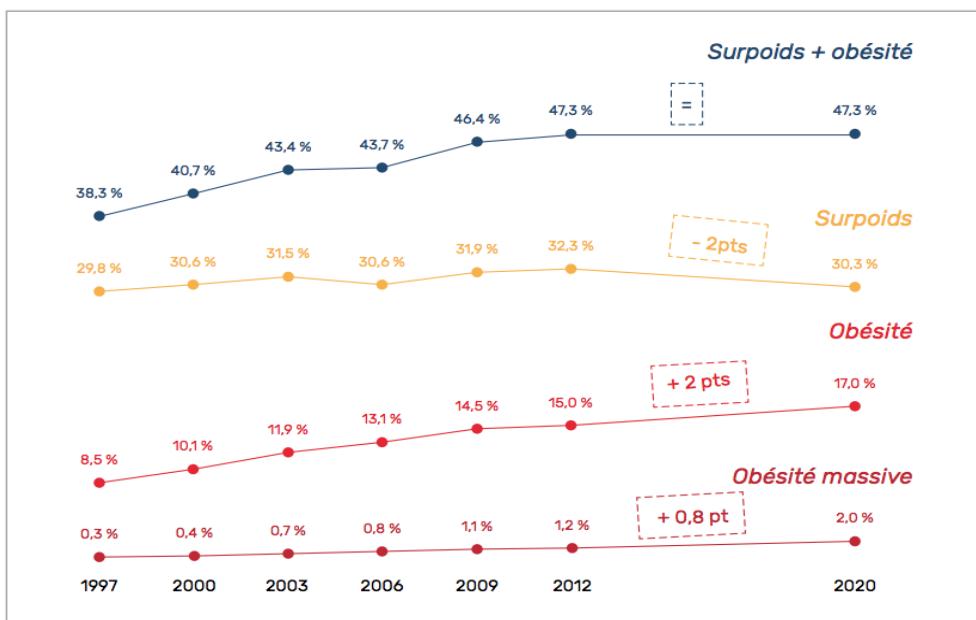


Figure 1 - Évolution des prévalences de surpoids et d'obésité entre les enquêtes Obépi-Roche 1997-2012 et l'enquête Obépi-Roche 2020.

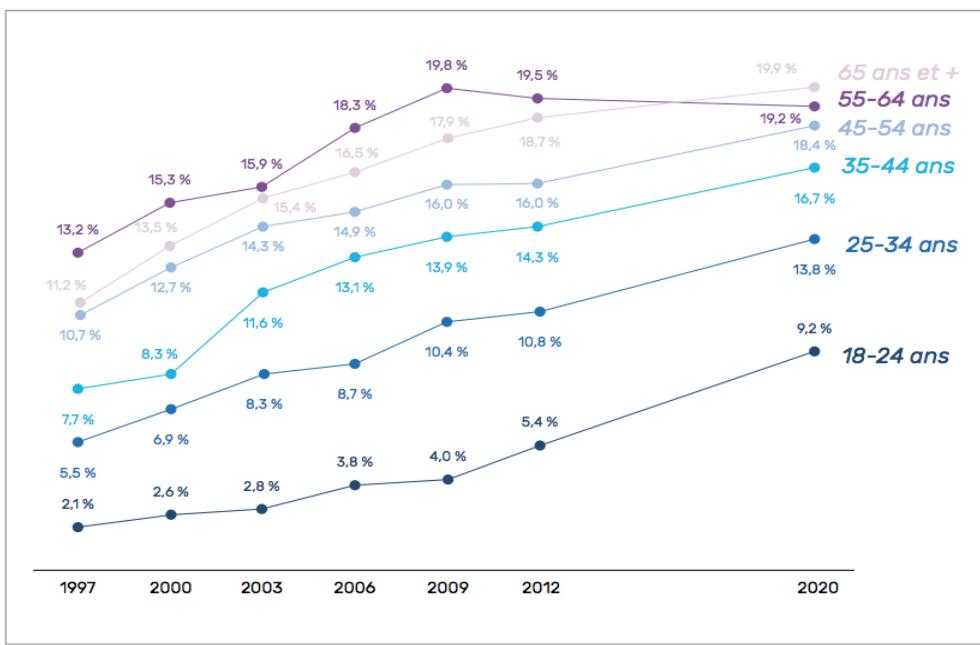


Figure 2 - Évolution des prévalences de l'obésité selon l'âge entre les enquêtes Obépi-Roche 1997-2012 et l'enquête Obépi-Roche 2020.

En France près de 1 français sur deux (47,3%) est en état de surpoids ou d'obésité [2].

Selon l'étude épidémiologique Obépi-Roche de 2020, comprenant un échantillon de 9 598 personnes résidentes en France Métropolitaine, il a été rapporté que la prévalence de l'obésité ne cesse d'augmenter au cours de ces dernières années avec une augmentation plus marquée dans les groupes d'âge les plus jeunes.

Le Nord Pas de Calais est la région la plus touchée, la prévalence de l'obésité en 2020 dépassait les 20%.

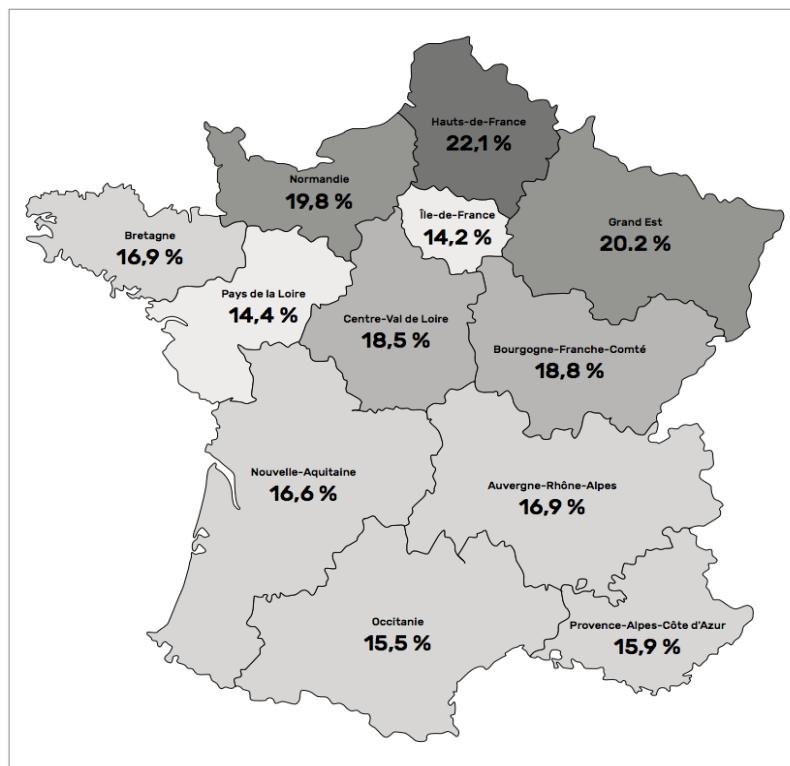


Figure 3 - Répartition géographique des prévalences de l'obésité en 2020 dans les régions françaises.

En France, l'obésité est également décrite comme l'un de nos principaux problèmes de santé dont les coûts annuels liés aux complications secondaires sont estimés entre 2,1 et 6,2 milliards d'euros, ce qui représenterait entre 1,5 et 4,6% de la dépense courante en France, selon une étude de juin 2007 [4].

Tableau V : Modèles d'Heckman : estimations du surcoût de l'obésité par rapport à un individu de poids normal (points de vue système de santé et Assurance maladie).

Population	Point de vue système de santé	Point de vue Assurance maladie	
		Sans indemnités journalières (IJ)	Avec indemnités journalières (IJ)
P1 ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$)	506 €	407 €	631 €
P2 ($\geq 27 \text{ kg/m}^2$)	648 €	535 €	780 €

Tableau VI : Coût total de l'obésité en France.

Coût de l'obésité en France	Point de vue système de santé	Point de vue Assurance maladie	
		Sans indemnités journalières (IJ)	Avec indemnités journalières (IJ)
Population P1	2,6 milliards d'euros*	2,1 milliards d'euros	3,3 milliards d'euros
Population P2	5,1 milliards d'euros*	4,2 milliards d'euros	6,2 milliards d'euros

*Ces estimations sont directement liées à l'intervalle précédemment trouvé = [506 € - 648 €].

3 Éducation thérapeutique

Les modifications du mode de vie sont le traitement de première ligne pour les patients obèses [5]. L'ETP est une pratique de santé récente, pour laquelle l'OMS a édité des recommandations en termes de formation du personnel soignant dès 1998. Cependant, ce programme fait face à de nombreux freins comme le manque de formation et le manque de temps des soignants [6]. Il n'existe que très peu de données littéraires concernant les programmes d'éducation thérapeutique et le rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins du patient vivant dans l'obésité.

4 Objectif du travail

L'objectif principal de cette étude est de comparer les motivations des patients à intégrer un programme d'éducation thérapeutique à celles attendues de leur médecin généraliste afin d'en améliorer nos pratiques professionnelles et le taux d'adhésion au dispositif.

Matériel et méthode

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée.

Ce sujet ayant été peu étudié dans la littérature, cette méthode nous a permis de comprendre l'avis des médecins généralistes et de formuler des hypothèses grâce à une démarche inductive.

Les critères de scientifcité en recherche qualitative de la grille Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) ont été consultés durant toute la durée de l'étude et de la rédaction du document (cf journal de bord/annexe).

2. Population

Pour réaliser un échantillonnage homogène, les participants ont été recruté par les questionnaires médicaux d'adressage aux structures proposant des programmes d'éducation thérapeutique. Ils ont ensuite été contacté par téléphone ou par mail et invités à participer. Certains médecins généralistes ont été sollicités suite à une formation sur l'éducation thérapeutique dispensée par l'organisme GPS'O.

Le taux de réponse a été de 6 répondants sur 25 participants sondés, 1 participant a souhaité répondre après le recueil des données.

Une lettre d'information leur a été délivrée réunissant des informations sur l'objectif de l'étude et son déroulé.

La population éligible devait être médecins généralistes, devait avoir adressé un patient à un programme d'éducation thérapeutique et devait avoir accepté de participer à l'étude.

3. Recueil des données

Les entretiens individuels semi-dirigés ont été menés par l'investigateur, à l'aide d'un

guide d'entretien (Annexe 1). D'abord établi par une exploration de la littérature, le guide d'entretien a été modifié par la suite. L'enquêteur ne connaissait pas les participants sauf un. Les participants ne connaissaient pas le but de l'étude.

Les entretiens ont été réalisés en présentiel et par visioconférence, et ont été enregistrés par un dictaphone puis retranscrit manuellement.

Les retranscriptions n'ont pas été retournées aux participants de l'étude.

Après le 5ème entretien, il a été considéré que le phénomène étudié arrivait à saturation des données. Un entretien supplémentaire a été réalisé pour s'en assurer.

4. Analyse des données

Pour l'analyse de l'ensemble des entretiens, l'investigateur a choisi d'utiliser un document de texte à l'aide du logiciel OpenOffice.

Une triangulation des données a été réalisée par une chercheuse.

5. Aspects éthiques et réglementaires

Le Département de Protection des Données de l'Université de Lille a émis un avis favorable quant à la réalisation de cette étude le 21 juillet 2023. La déclaration des données porte le n°2023-119 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Résultats

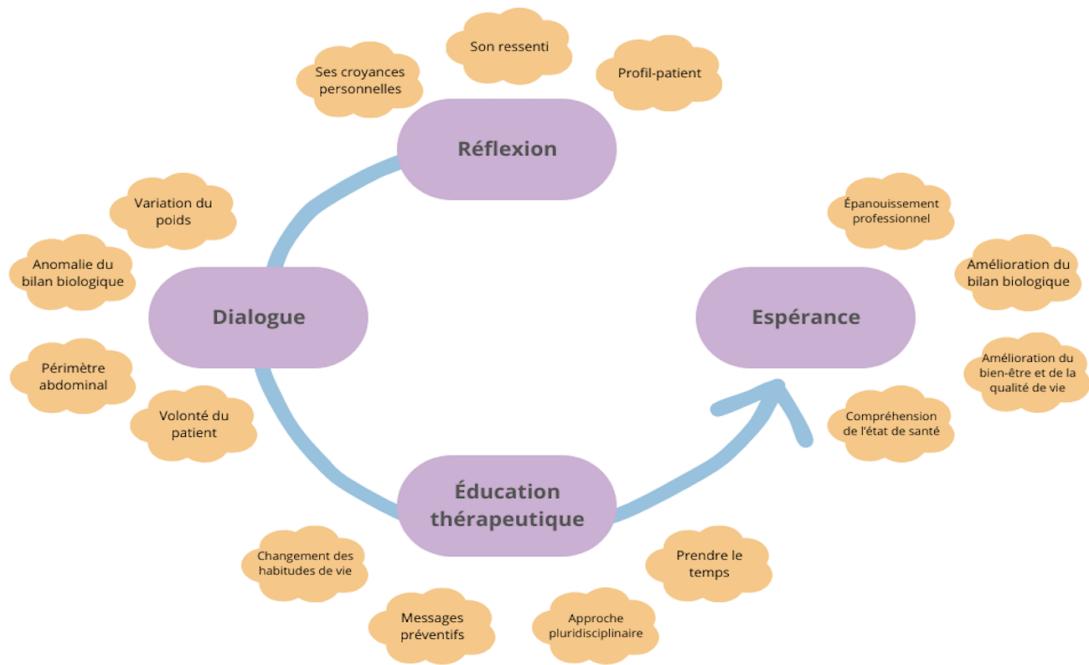
Six entretiens ont été réalisés de novembre 2023 à octobre 2024. Les participants étaient des hommes et des femmes, l'âge moyen était de 44,6 ans. La durée moyenne des entretiens était de 42,16 minutes.

Participant	Sexe	Âge (années)	Structure d'exercice	Secteur d'activité (urbaine, rurale, semi-rurale)	Date d'installation	Formation complémentaire à l'obésité	Formation complémentaire à l'ETP	Durée de l'entretien (minutes)
Participant 1	H	37	Cabinet groupé	Rural / semi-rural	2018	Aucune	Aucune	22
Participant 2	F	33	Cabinet individuel	Rural	2022	Oui	Aucune	33
Participant 3	F	?	MSP multi-sites-	Rural	?	Aucune	Oui	46
Participant 4	H	48	Cabinet individuel	Urbain	2007	Oui	Oui	45
Participant 5	F	36	MSP	Rural	2016	Aucune	Oui	45
Participant 6	H	69	Cabinet individuel	Urbain	1987	Aucune	Aucune	62

Tableau des caractéristiques de la population étudiée et des entretiens

La modélisation des résultats de l'étude a abouti à un modèle explicatif du raisonnement médical, qui sera développée dans la suite des résultats.

Modèle explicatif du raisonnement médical



1. La réflexion

Le repérage s'axe sur la présence de différents critères propres au médecin généraliste qui peuvent être les critères socio-démographiques de sa patientèle, le ressenti, le profil-patient, l'expérience. L'ensemble de ces conditions va favoriser la réflexion du médecin généraliste et le mettre dans des conditions favorables au dialogue.

Le rôle du médecin généraliste va être celui de dépister les patients atteints d'obésité, proposer un suivi et une prise en charge «*Donc je pense que c'est notre rôle aussi de savoir glisser dans la consultation cette idée de prise en charge de l'obésité*», de faire des propositions variées de prise en charge adaptées selon les préférences du patient «*peut-être pas à la première consultation mais de savoir à un moment donné glisser cette idée dans la tête du patient parce qu'ils ne connaissent pas forcément ces structures-là non plus et ils sont des fois perdus*».

2. Le dialogue

Selon les médecins généralistes, il n'existe pas de consultation préventive dédiée à aborder le poids, le vécu de l'obésité.

2.1 Les différentes approches

2.1.1. Variation du poids

Les MG étaient alertés devant une variation de poids induisant un dialogue et la délivrance de messages préventifs avec la personne vivant dans l'obésité.

P5 : « *Si j'analyse ce que je fais, j'ai l'impression que c'est quand il y'a quelque chose sur la prise de sang ou alors sur la balance, une prise de poids et là on va en parler* »

2.1.2. Périmètre abdominal

Il était rapporté qu'une mesure du périmètre abdominal pouvait faire l'objet d'une discussion autour du poids.

P6 « *Alors je ne travaille pas sur les chiffres c'est dire que quelqu'un qui a une corpulence, moi je prends plutôt le périmètre abdominal ou l'épaisseur du petit... Euh... de l'adiposité à la ceinture, mais le reste m'intéresse peu non, je conseille même aux gens de ... Je ne travaille pas sur les chiffres en fait, j'encourage les gens* »

2.1.3. Anomalies du bilan sanguin

Des MG abordaient le poids en consultation devant des anomalies du bilan biologique.

P5 « *Je dirai que la porte d'entrée la plus simple pour moi c'est la prise de sang avec une hypercholestérolémie.* »

2.1.4. Une volonté du patient

De plus, il a été rapporté que l'obésité ou le sujet du poids sont abordés de façon fortuite, souvent en fin de consultation, et est majoritairement évoqué par la personne concernée.

P4 « *Non non malheureusement c'est souvent la flèche du part. C'est à dire la*

consultation je pense qu'elle est terminée et puis tout d'un coup on met les pieds dans le plat »

2.2 Des freins à dépasser

2.2.1. Maîtrise du sujet

On constate que le recrutement peut s'avérer difficile selon les émotions et le vécu du médecin généraliste, selon une maladresse intellectuelle.

Le recrutement de ces personnes peut également être limité par un phénomène anticipatoire des émotions et des comportements.

P4 « *C'est moi qui me sent gêné vis à vis des gens et j'ai peur qu'ils soient gênés notamment si je leur dis vous allez vous peser s'il vous plaît », « l'obésité est un sujet difficile à aborder car stigmatisant. La personne atteinte d'obésité peut se sentir juger ».*

2.2.2. Manque de temps en consultation

Le temps limité en consultation est également vu par les médecins généralistes comme l'une des limites majeures du recrutement et d'ouverture de dialogue avec les personnes.

P2 « *Si on n'a pas le temps bah on pourrait être tentés de se dire oh bah tant pis ce sera pour la prochaine fois, mais la prochaine fois ça sera quand aussi s'il ne revient pas? C'est quand même quelque chose qui prend du temps de parler d'obésité »*

2.2.3. Manque de formation

Le manque de formation semble également être l'un des points évoqué pouvant influencer le recrutement du patient en consultation.

P4 « *Et puis je suis pas vraiment formé mais bon des fois on lit quelques articles, des fois on a quelques formations avec des endocrinologues par exemple pour un diabète etc »*

3. L'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique fait également parti de l'un des objectifs d'apprentissage et d'exercice du médecin généraliste.

3.1 Changement des habitudes de vie

Pour les médecins généralistes, l'éducation thérapeutique est à l'origine d'un changement des habitudes dans la vie d'un patient vivant dans l'obésité.

P2 « *Moi je leur explique toujours que je ne leur demande pas de perdre un poids fulgurant en 2 ou 3 semaines ce n'est pas ça l'objectif. L'objectif c'est que ce soit sur la durée [...] l'objectif c'est de prendre des bonnes habitudes. Donc ça ils le savent donc même s'ils ne perdent que 500 grammes ou 1 kilo, je les félicite parce que bah voilà il y'a des choses qui ont démarré, il y'a des choses qui ont changé donc il faut continuer dans ce sens-là. »*

3.2 Messages préventifs

L'éducation thérapeutique thérapeutique permet de délivrer des messages préventifs afin de conseiller et guider de manière bienveillante les personnes vivants dans l'obésité vers un changement de ses habitudes.

P5 « *On a vraiment pris un temps pour lui expliquer que c'était très important sinon c'est vrai qu'en consultation on fait leur ordonnance ils repartent avec leur ordonnance et puis ils repartent, même si on envoie les messages ça ne dure pas longtemps donc euh je pense que ça lui passait au dessus. »*

3.3 Prendre le temps

L'éducation thérapeutique s'organise sous forme de différentes sessions en groupe collectif en abordant certaines règles d'hygiène alimentaire et en retravaillant les mécanismes psychiques de l'alimentation, la gestion des émotions et les mécanismes d'acception du soi. Ces différentes thématiques sont décrites comme importantes dans le parcours en soins mais chronophages par les MG.

P1 « Après nous, on n'a pas forcément le temps de rentrer dans le détail de l'éducation thérapeutique, pas forcément non plus la bonne formation. Il vaut mieux laisser faire les personnes spécialisées là-dedans plutôt que de vouloir tout faire tout seul, cela permet d'avoir un autre regard et un autre avis cela fait du bien aux gens. »

P6 « Bah en médecine c'est ça le soucis aussi on dit de toute façon les gens qui vont bien ils maigrissent facilement après, le suivi psycho dans les amaigrissements vous ne croyez pas que c'est important. Vous allez débloqué un truc que les gens trainent depuis 10-20 ans et on n'intègre pas ça »

3.4 Approche pluridisciplinaire

Les structures homologuées à proposer de l'éducation thérapeutique pour les personnes vivant dans l'obésité sont également une solution pluridisciplinaire que propose les médecins généralistes afin de palier au manque de temps en consultation dans l'accompagnement et la transmission de messages clés.

P2 « On est 21 professionnels donc une MSP multi-sites donc on a chacun nos bureaux mais on est en structure MSP qui MSP dit ETP donc on s'est formés à l'ETP [...] Nous en tant que professionnel, on enlève tous nos casquettes. Tous les patients qui sont là ne connaissent pas tous les intervenants. »

4. L'espérance

Les médecins généralistes recensent des attentes à la fin du parcours de soins.

4.1 Compréhension de l'état de santé

Elle permet une meilleure compréhension de l'état de santé et des comportements à risque d'évoluer vers des comorbidités secondaires

P5 « J'ai un patient que j'ai revu lui en gros il n'était pas très observant parce qu'il ne percevait pas forcément l'intérêt de bien prendre son traitement. La dernière fois que je l'ai vu il m'a dit oui là ça va j'ai compris je le prends bien, il a réussi, il a

compris à quoi cela servait que c'était important de ne pas le prendre juste de temps en temps [...] mais il a fait le programme et quand il est revenu il avait l'air plus observant. »

P3 : « *Que le patient soit mieux et ait plus de connaissance de sa pathologie pour mieux se prendre en charge. »*

4.2 Amélioration du bien-être et de la qualité de vie

Le plus important reste ce que le patient va retenir comme messages au décours de l'éducation thérapeutique, les changements d'habitude qu'il va inclure dans son mode de vie mais également le bien-être et l'amélioration de la qualité de vie qui en découlent.

P6 « *Moi je dis aux gens non non quand on me dit je veux maigrir pour aller bien, moi je leur dis je veux que vous alliez bien pour maigrir éventuellement. La santé d'abord.».*

4.3 Amélioration du bilan biologique

Selon les médecins généralistes, l'appréciation des changements d'habitude de vie s'effectuera par une amélioration du bilan biologique, une perte de poids ou une amélioration du bien-être et de la qualité de vie de la personne vivant dans l'obésité.

P1 « *J'ai surtout constaté des résultats notamment des pertes de poids ou amélioration de résultats de bilan sanguin, j'ai également vu des résultats en terme de psychologie un meilleur bien être».*

4.4 Épanouissement professionnel

L'exercice de l'éducation thérapeutique par le soignant participe à son épanouissement professionnel.

P5 « *Je suis vraiment contente de m'être formé à l'ETP et je trouve ça vraiment hyper intéressant et animer les ateliers je trouve ça chouette, ça me fait du bien et ça me change de mon quotidien».*

5. Le mal-être

Le médecin généraliste identifie plusieurs axes qui potentialisent ou entretiennent le mal-être de la personne vivant dans l'obésité.

Le médecin généraliste ne s'identifie pas comme l'un de ces axes qui potentialise ou entretien le mal-être de la personne obèse.

5.1 La société

La société est jugée comme stigmatisante par les MG créant des normes favorisant les complexes pour les personnes vivant dans l'obésité malgré les tendances naissantes prônant l'acceptation de soi et l'appréciation de tous les types de corps humains.

P6 « *Moi je pense qu'à la base on est dans une société normative [...] Les gens qui sont dans la norme sont tranquilles parce qu'on ne les embête pas, ils ont de la chance. Tous les gens qui sont hors normes, qui ne sont pas dans les critères de la société actuelle et on ne sait pas quoi en faire, d'ailleurs ça créé des tas de problèmes et même dans le domaine scolaire, et donc les gens cherchent à entrer dans une norme qui est totalement fictive pour moi. La création elle est belle dans sa diversité »*

5.2 Les réseaux sociaux

Les réseaux sociaux sont identifiés par les MG comme dévalorisants, centrés sur le paraître et sur le physique, ne facilitant pas l'acceptation de soi et favorisant l'entretien du mal-être et des complexes.

P5 « *Je pense que dans tout ce qui est réseaux sociaux c'est plutôt dévalorisant et axé sur le physique standardisé, avec les mannequins. Donc je suppose que ça ne doit pas forcément être évident, parce qu'ils ne peuvent pas s'identifier dans cette vie là. [...] Par contre les réseaux sociaux, [...], c'est beaucoup plus le paraître ou adresser pour les jeunes. Je pense que ça doit être dur pour eux, les ados c'est vrai que si tu ne rentres pas dans le moule, ça peut être compliqué. »*

6 Rôle du médecin généraliste



6.1 Le cheminement réflexif du médecin généraliste

On constate que l'évolution du médecin généraliste dans son raisonnement et sa pratique professionnelle suit un même mouvement/organisation/physiologie. Le médecin généraliste est initialement médecin débutant. De part l'apprentissage informel qui lui est délivré par le patient il évolue vers un statut de médecin intermédiaire. L'andragogie, que l'on retrouve dans la formation continue du médecin généraliste, et l'expérience, l'amènent à devenir médecin expert le rendant compétent à délivrer de l'éducation thérapeutique mais également à proposer des consultations spécialisées.

Cette évolution est fondamentale dans l'accompagnement de la personne au sein de son parcours de soins défini.

6.2 Place du médecin généraliste

Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans le parcours de soins des personnes vivant dans l'obésité.

6.3 Les missions du médecin généraliste dans le parcours de soins

Le médecin généraliste aura différentes missions dans le parcours de soins de la personne consultant au cabinet.

6.3.1. Repérer

Le médecin généraliste aura un rôle de repérer les personnes pouvant être susceptibles d'entrer dans une démarche de soins.

P5 : « Dans un parcours, déjà ça commence par le recrutement des patients; être vigilante, savoir à qui l'on pourrait le proposer »

6.3.2. Sensibiliser

Les MG se sentent engagés à sensibiliser les personnes vivant dans l'obésité sur leur état de santé actuel, les risques pouvant être liés à l'obésité ainsi que les différentes structures proposant une démarche de soins adaptée.

P5 « Je pense que l'on a vraiment un rôle à jouer sur le fait de les aider à passer le pas pour aller s'inscrire à ce genre de programme, les sensibiliser à l'intérêt de rentrer dans ce genre de groupe, qu'est ce que cela peut leur apporter »

6.3.3. Informer et déconstruire les idées reçues

Les MG disent avoir un rôle d'informer les personnes sur les structures existantes, les différentes prises en soins possibles et sur le contenu du parcours de soins auquel ils vont adhérer.

P2 : « Du coup aussi quand je leur parle des programmes d'éducation, je leur dis que parfois il y'a des séances où vous allez être tout seul mais des fois il y'a des séances en groupe. Alors souvent vous appréhendez d'être en groupe parce que vous avez peur du jugement et tout ça, mais en groupe ça permet aussi que vous n'êtes pas tout seul à faire des erreurs, pas tout seul à poser des questions et donc du coup vous allez remarquer que les autres aussi ils se posent les mêmes questions que vous et vous allez pouvoir vous entraider tous ensemble. »

6.3.4. Accompagner et encourager

Les MG considèrent avoir un rôle essentiel dans l'accompagnement des personnes entrant dans une démarche de soins.

P4 : « On les revoit en consultation pour d'autres problèmes, renouvellement du traitement antihypertenseur et puis bon alors vous en êtes vous dans votre parcours GPSO ou dans votre parcours de chirurgie bariatrique au CHR etc, eh

bah y'a ça, y'a ça, y'a ça, j'ai plus trop le moral. Bah si on continue, rappelez vous ce que vous m'aviez dit enfin bref on essaie de remotiver quoi. »

6.3.5. Clarifier le projet de soins

Les MG proposent des étapes successives dans les objectifs que se définissent les patients afin de déconstruire les projets irréalistes.

P2 : «*Nous on a notre mot à dire s'ils disent ah je veux perdre 20 kilos , remettre des objectifs intermédiaires [...] il faut leur mettre des objectifs moins importants pour justement qu'ils puissent se rendre compte que ça ils les ont atteint et après c'est du positif d'avoir déjà atteint cet objectif là [...] C'est vrai que souvent ils se mettent une marche très haute et après ils le vivent comme un échec. »*

6.3.6. Faire la coordination entre les différents interlocuteurs

Les MG se voient comme des coordinateurs entre les différents soignants nécessaires à l'accompagnement du patient dans sa démarche de soins.

P5 «*Une fois qu'ils sont dans une dynamique comme ça, soit les pousser à continuer un suivi avec une diététicienne, faire l'interlocuteur avec ce qu'ils souhaitent, on a un rôle d'orientation et d'information et après de coordination. »*

7 Les pistes vers une augmentation du taux d'adhésion

7.1 Proposer des consultations spécialisées

Les médecins généralistes proposent des consultations dédiées à étudier les habitudes alimentaires de leurs patients afin d'en proposer des changements non restrictifs et raisonnés.

P2«*Et puis des fois ça m'arrive aussi de leur dire vous avez vu dans la salle d'attente j'ai mis une affiche, donc comme ça l'air de rien je glisse dans la consultation qu'il y'a peut- être des choses à revoir dans l'alimentation et donc ils ne repartent pas les mains vides [...] je leur demande de regarder un petit peu à la maison et de voir ce qu'ils peuvent essayer de changer un petit peu sans changer*

tout d'un seul coup [...] Bah en dessert j'aimais bien prendre une Danette, bon bah j'ai vu dans le dépliant que c'était peut-être mieux de prendre un fruit ou un yaourt nature [...] La semaine d'après je vais essayer de rajouter une autre petite modification [...] quelque part et du coup ça les incite un petit peu à continuer et à voir que ce n'est pas si horrible que ça de changer son alimentation. »

7.2 Développer un outil de repérage

Les médecins généralistes se posent la question de l'usage d'un outil aidant au repérage des patients susceptibles d'adhérer à l'éducation thérapeutique.

P4 « *Il faudrait peut-être que j'essaie de mettre en place un questionnaire minimal efficace comme pour le tabac, 2 à 3 questions; est ce que votre poids vous gêne, est ce que vous avez déjà songé de maigrir, est ce que vous avez déjà fait quelque chose pour maigrir ? Il y'a peut-être moyen. »*

7.3 Développer d'autres voies de communication : vers un média positif ?

La société est vue comme stigmatisante et dévalorisante malgré les tendances récentes valorisant l'acceptation de soi. Une des issues serait une évolution sociétaire vers un média positif et éducatif qui présenterait les structures adaptées proposant de l'éducation thérapeutique et encouragerait les personnes vivants dans l'obésité à débuter une démarche de soins.

P5 « *Après pour sensibiliser les patients au groupe d'éducation thérapeutique, je pense que des campagnes de pub à la télé ou au grand public, ça pourrait être pas mal en disant ce genre de programme ça existe, renseignez-vous, parce que c'est vrai que les gens ne savent pas trop ce que c'est.. »*

Discussion

1 Résultats principaux de l'étude

Cette étude a permis de relever plusieurs axes identifiés dans le cheminement du médecin généraliste l'amenant à proposer l'éducation thérapeutique à sa patientèle cible tels que la variation du poids, une anomalie du bilan biologique, un périmètre abdominal augmenté favorisant le dialogue et une orientation vers des structures adaptées telles que PREVAL proposant de l'éducation thérapeutique.

Depuis 2009, l'éducation thérapeutique est devenu un enjeu majeur avec son inscription dans l'article L.1161-1 à L. 1161-4 du code de santé publique.

L'approche pluridisciplinaire sur différentes sessions de l'éducation thérapeutique était l'un des points clés amenant le médecin généraliste à adresser son patient vers des structures adaptées, dans un but d'initier des changements dans les habitudes de vie, de transmettre des conseils personnalisés et adaptés au patient et à ses problématiques.

Ces différents objectifs sont difficiles à entreprendre en consultation de médecine générale par de deux freins principaux identifiés par les médecins généralistes tels que le temps limité en consultation, une maladresse intellectuelle pouvant traduire un manque de maîtrise du sujet ou un manque d'assurance.

Le rôle d'informer, d'accompagner et de coordonner du médecin généraliste est ressenti comme primordial dans le parcours de soins du patient obèse.

2 Comparaison avec la littérature

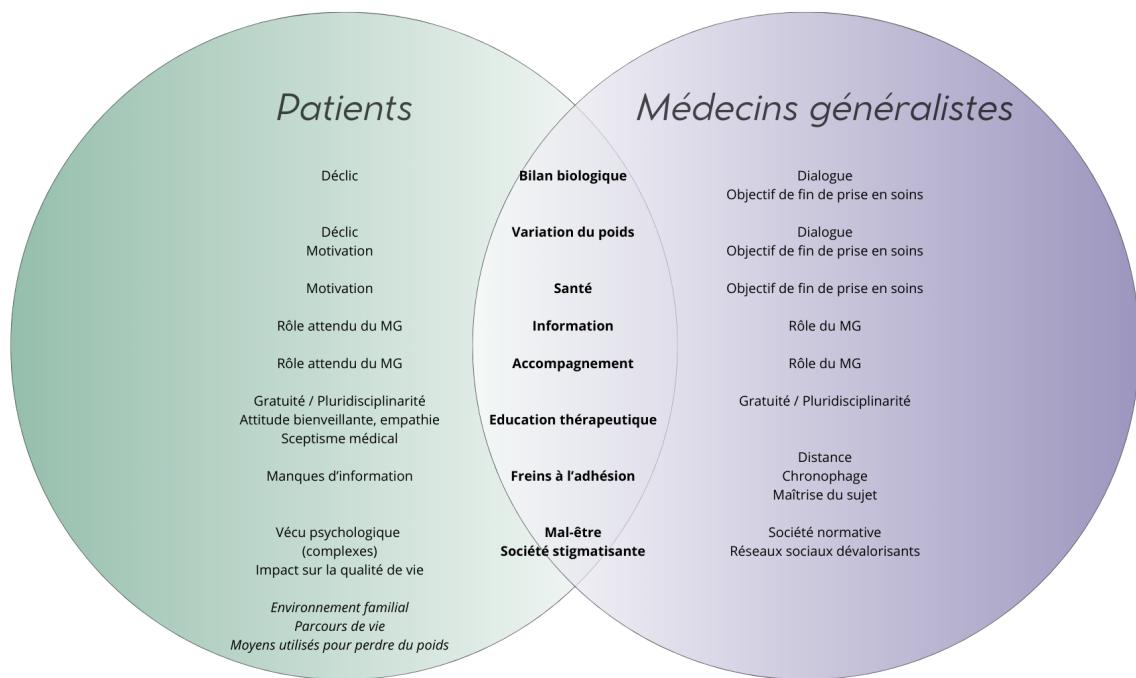
Cette étude a permis de mettre en évidence le rôle essentiel du médecin généraliste dans le parcours de soins du patient vivant dans l'obésité mais également d'identifier deux freins majeurs qui sont le manque de temps en consultation et le manque de

compétences.

Si l'on s'intéresse aux données de la littérature, l'éducation thérapeutique privilégie une approche pluridisciplinaire du patient dans sa globalité et joue un rôle essentiel dans le fait d'informer le patient et de le motiver dans sa démarche de prise en soins. Le médecin est un acteur central de la prise en charge des maladies chroniques. Comme la relation soignant-soigné fait partie intégrante de cette prise en charge, l'ETP permet de revisiter et d'évaluer cette relation tout au long du processus, participant ainsi à la réduction de l'inertie clinique [7].

De plus, la gestion globale d'un patient obèse est complexe, et la création d'outils pratiques peut aider le médecin à mieux encadrer les stratégies spécifiques aux différents aspects concernés [8][9].

3 Modèle intégratif



Nos résultats ont été intégrés dans une modélisation commune aux deux travaux de thèse, inspirée du diagramme de Venn [10] [11].

3.1 Résultats du modèle intégratifs

La perturbation du bilan biologique de même que la variation de poids sont des problématiques communes, vécues comme un déclic par le patient lui permettant de prendre conscience de son état de santé mais utilisées comme un moyen de communication et un objectif de fin de prise en soins par les médecins généralistes.

Être en meilleure santé est un objectif commun, ressenti comme une des motivations à entrer dans une démarche de soins pour les personnes vivant dans l'obésité et défini comme un objectif de fin de prise en soins pour les médecins généralistes . L'autre objectif de fin de prise en soins mentionné par les médecins généralistes était l'amélioration du bilan biologique afin de limiter l'apparition de pathologies secondaires.

Selon les personnes obèses et les médecins généralistes, le rôle du médecin va être celui d'informer, d'accompagner et de soutenir un accompagnement du patient tout au long de sa prise en soin. Le médecin généraliste se définit comme celui qui informe le patient et lui explique l'intérêt de bénéficier de l'éducation thérapeutique, selon les attentes et besoins du patient. Cependant un manque d'informations concernant les modalités et les sessions proposées est mentionné par les personnes vivant dans l'obésité pouvant interférer sur leur souhait d'adhérer à l'ETP.

Les avantages communs de l'ETP évoqués par les médecins généralistes et les personnes obèses sont la gratuité du programme ainsi que l'approche pluridisciplinaire. Cependant les patients appuient également sur l'importance de l'accompagnement, de l'écoute et de l'attitude empathique proposés par les soignants en ETP. De plus, le scepticisme médical les incite à sortir du cadre médical, afin de retrouver une approche bio-psycho-sociale.

Le manque d'informations peut freiner la participation au programme d'ETP, d'où l'importance de prendre le temps en consultation d'expliquer les modalités de prise en soins de l'ETP. Pour les médecins, les freins potentiels évoqués étaient la distance pour les personnes vivant dans un milieu rural ainsi le caractère chronophage du programme.

De manière commune, la société apporte une vision stigmatisante de l'obésité favorisant l'entretien d'un mal-être. Pour les personnes vivant avec l'obésité, le vécu est complexe, avec une souffrance et psychologique, un impact de l'obésité sur la vie quotidienne et sur la qualité de vie. Les médecins dénoncent une société normative qui complique l'expérience de l'obésité, renforcée par des réseaux sociaux stigmatisants.

Les personnes obèses mentionnent l'influence du cadre familial, que ce soit en relation avec leur expérience de l'obésité ou comme l'une de ses causes. Cet aspect n'est pas intégré dans le point de vue médical.

Les régimes répétitifs et restrictifs sont relatés par les participants, avec une notion de combat parfois depuis l'enfance et d'un vécu psychologique et physique difficile.

Ce vécu n'est pas pris en compte dans la prise en soin médicale.

Enfin, les participants ont un parcours de vie spécifique lié à l'obésité, qu'il est important de considérer pour mieux les comprendre. Ils déplorent le manque de considération des médecins envers leur histoire personnelle.

3.2 Comparaison avec la littérature

Cette modélisation intégrative permet de mettre en évidence les concepts clés partagés entre le patient et son médecin généraliste, tels que le désir d'améliorer la santé, le rôle du médecin généraliste, les attentes envers l'éducation thérapeutique, ainsi que la perception de la société actuelle. Toutefois, certaines notions divergent dans cette étude ; le médecin ne se considère pas comme un facteur contribuant au maintien du mal-être chez les personnes souffrant d'obésité. L'environnement familial et l'expérience personnelle du patient ne sont pas pris en compte par le médecin généraliste.

Comparativement aux données de la littérature, les patients attendent du médecin généraliste un rôle de soutien, de réassurance, ainsi qu'une écoute bienveillante et une capacité d'adaptation. Les mots-clés d'une approche sereine de la problématique du poids étaient « diplomatie », « respect » et « absence de jugement ». Une réelle prise en compte

de la complexité de l'obésité et une approche globale de la personne par le médecin généraliste, étaient attendues [12].

La société et le secteur médical influencent l'expérience des patients, alimentant le sentiment de mal-être et le jugement ressenti par les personnes vivant avec l'obésité. 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 [13].

4 Forces et limites

Les points forts de cette recherche résident dans le choix de conduire une étude qualitative à travers des entretiens semi-structurés, permettant d'explorer la diversité des points de vue et d'enrichir les réponses concernant les motivations et les parcours de soins des personnes vivant avec l'obésité, selon la perspective de leur médecin généraliste.

L'étude a été réalisée dans plusieurs régions, ce qui a favorisé une diversité des participants et réduit le risque de biais de recrutement.

Les limites de cette étude sont l'absence du caractère total en miroir de l'étude en raison du manque de réponses des médecins généralistes sollicités. Trois binômes médecin-patient ont pu être examinés.

Les critères de la grille SRQR ont été appliqués à cette étude. Un critère n'a toutefois pas été respecté : les participants savaient que la doctorante était médecin, ce qui a pu influencer leurs réponses. De plus, l'enquêteur connaissait l'un des participants. Les entretiens ont été enregistrés, ce qui a pu affecter l'expression des participants, bien que cette influence ait été atténuée par l'annonce préalable de l'anonymisation des données.

Par ailleurs, les participants n'ont pas eu accès à la transcription de leurs entretiens.

5 Perspectives

Il pourrait être intéressant de sensibiliser les médecins généralistes à se former à l'éducation thérapeutique afin de pallier à un manque de maîtrise ou un manque d'assurance pouvant interférer sur le recrutement des patients.

Le développement d'un outil, utilisable par les médecins généralistes et incluant l'évaluation de l'impact de l'obésité dans la vie quotidienne ainsi que le parcours de vie de la personne, dans un but d'aider au repérage des patients pouvant être susceptibles d'adhérer à l'éducation, semblerait utile [9].

L'évolution des médias vers des campagnes publicitaires informatives et éducatives pourrait être l'un des moyens d'éviter le manque d'information relatée par les patients et d'espérer une augmentation du taux de participation à l'éducation thérapeutique.

Il serait pertinent de mener une nouvelle étude à plus grande échelle au niveau régional, voir au niveau national afin d'évaluer si les propositions évoquées augmentent le taux de participation des personnes vivant dans l'obésité à l'éducation thérapeutique.

Conclusion

Le rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins des personnes atteintes d'obésité apparaît essentiel, tant dans la littérature que dans cette étude.

Les variations de poids et les anomalies des bilans biologiques sont les indicateurs les plus couramment utilisés par les médecins généralistes pour aborder la question du poids en consultation [13]. Ces éléments semblent également être des déclencheurs pour les personnes en situation d'obésité afin de prendre en charge leur santé.

Une formation des médecins généralistes à l'éducation thérapeutique semble pertinente dans le cadre de la gestion de l'obésité en médecine générale, afin de mieux identifier et intégrer les obstacles au changement chez le patient obèse.

Le développement d'un outil, destiné aux médecins généralistes, permettant d'évaluer l'impact de l'obésité sur la vie quotidienne ainsi que le parcours de vie du patient, pourrait s'avérer précieux.

L'approche sociétale de l'obésité doit également évoluer pour contrer la vision stigmatisante et dévalorisante, qui pourrait être atténuée par la mise en place de campagnes publicitaires informatives et éducatives, favorisant la diffusion des connaissances et l'augmentation du taux d'engagement.

Références bibliographiques

1. Poirier P, Després JP. Obésité et maladies cardiovasculaires. ms. 2003;19(10):943-9.
2. Fontbonne DA, Nocca PD, Ursulet JP. Quoi de neuf au sujet de l'épidémiologie de l'obésité en France ? 2023;18.
3. Odoxa [Internet]. [cité 4 sept 2023]. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité.
4. Emery C, Lafuma A, Khoshnood B, Fagnani F, Dinet J, Sermet C. Évaluation du coût associé à l'obésité en France. Médecine des Maladies Métaboliques. 1 juin 2007;1(2):28-34.
5. Wilson K. Obesity: Lifestyle Modification and Behavior Interventions. FP Essent. Mai 2020;492:19-24.
6. Pétré B, Degrange S, Tittaferante S, Legrand C, Vanmeerbeek M, Froidcoeur X, et al. [Hospital and general therapeutic patient education practices: example of diabetes and obesity in Belgium]. Sante Publique. 2016;28(3):287-98.
7. Scheen AJ, Bourguignon JP, Guillaume M. L'éducation thérapeutique : une solution pour vaincre l'inertie clinique et le défaut d'observance. Rev Med Liège.
8. 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;3-4(4):204-9.
9. Utilité des outils pratiques pour la prise en charge de l'obésité au cabinet médical. PrimaryCare (fr). 29 avr 2009;9(07):132-6.
10. Moktefi A, Lemanski J. On the Origin of Venn Diagrams. Axiomathes. déc 2022;32(S3):887-900.
11. Delengaigne, X., & Delengaigne, M. R. (2022). Outil 37. Le diagramme de Venn. *BàO La Boîte à Outils*, 2, 94-95.

12. 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.
13. NIEL, M & PLOTTON, C. (2024). Les modèles explicatifs des personnes en situation d'obésité. EXERCER. 35. 100-107. 10.56746/EXERCER.2024.201.100.

Annexes

1 Lettre d'information

Lettre d'information

Bonjour je suis Marie EBELLE DIN, étudiante en 1ère année d'internat de médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien sur les motivations des patients atteints d'obésité à intégrer un programme d'ETP.

Je vous propose de participer à l'étude si vous le souhaitez. Pour y répondre, vous devez être médecin traitant d'un des patients ayant intégré le programme.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Vos données seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante: dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Pour toute demande, vous pouvez me contacter à cette adresse marie.ebelledin.etu@univ-lille.fr. Vous pouvez également me contacter à cette adresse si vous souhaitez accéder aux résultats scientifiques de l'étude.

Merci beaucoup pour votre participation !

2 Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES INTERROGÉS

Questions socio-démographiques	Sexe, âge, secteur d'activité, date d'obtention du diplôme, date d'installation, formation à l'ETP.
Question 1	Quelles sont les raisons ou les motivations qui vous incitent à proposer à vos patients atteints d'obésité d'intégrer un programme d'éducation thérapeutique ?
Question 2	Comment avez-vous connu les programmes d'éducation thérapeutique ?
Question 3	Comment introduisez-vous ou présentez-vous l'ETP obésité à vos patients potentiellement concernés ?
Question 4	Selon vous, quelles seraient les motivations de vos patients à intégrer un programme d'éducation thérapeutique ? Quelles seraient les limites ?
Question 5	Selon vous, quels sont les objectifs, les bienfaits et résultats attendus à la fin de ce programme ?
Question 6	Selon vous, y'a-t-il une influence de la société sur la vie des personnes atteintes d'obésité ? Si oui, par quels moyens cela les impacte-t-il ?

Guide d'entretien initial

GUIDE D'ENTRETIEN DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES INTERROGÉS

Questions socio-démographiques	Sexe, âge, secteur d'activité, date d'obtention du diplôme, date d'installation, formation à l'ETP.
Question 1	Quelle formation avez-vous sur la prise en charge de l'obésité ?
Question 2	Comment avez-vous connu les programmes d'éducation thérapeutique ?
Question 3	Selon vous qu'apporte la prise en charge pluridisciplinaire proposée par les programmes d'éducation thérapeutique ?
Question 4	Comment abordez-vous le sujet du poids en consultation ?
Question 5	Comment organisez-vous ce type de consultation ? Quelle méthode de communication utilisez-vous ?
Question 6	Êtes-vous à l'aise avec le fait d'aborder le poids en consultation avec vos patients ?
Question 7	Quels seraient les moyens ou les outils qui vous aideraient à aborder le poids avec vos patients ?
Question 8	Selon vous, quelles seraient les motivations de vos patients à intégrer un programme d'éducation thérapeutique ? Quelles seraient les limites ?
Question 9	Selon vous, quels seraient les freins du patient à débuter une prise en charge ?
Question 10	Selon vous, quels sont les objectifs, les bienfaits et résultats attendus à la fin de ce programme ? Quels sont les objectifs qu'attendent vos patients avant de débuter ce type de programme ?
Question 11	Quel(s) rôle(s) ont les médias et la société actuelle dans la vie des patients atteints d'obésité ?
Question 12	Quel rôle ou quelle place trouvez-vous dans le parcours de soin d'un patient vivant dans l'obésité ? Comment accompagnez-vous le patient ?
Question 13	Quelle vision ou votre point de vue en tant que médecin généraliste sur l'obésité et sur sa prise en charge ? Quelles sont les limites que vous pouvez rencontrer au cabinet ? Quels seraient les méthodes ou les outils possibles pour impliquer un maximum de médecins généralistes ?
Question 14	Selon vous, quels peuvent être les pistes à explorer pour améliorer ou augmenter le taux de participation des patients à ce type de programme ?

Guide d'entretien final

3 Extrait du journal de bord

Le journal de bord complet a été remis aux membres du jury sur une clé USB fournie avec la version imprimée de la thèse.

4 Extrait verbatims

Les verbatims ont été remis aux membres du jury sur une clé USB fournie avec la version imprimée de la thèse.

5 Livre de codes

L'intégralité du livre de codage a été remis aux membres du jury sur une clé USB fournie avec la version imprimée de la thèse.

7 Grille SRQR

Titre et résumé			
S1	Titre	Description concise de la nature et du sujet de l'étude. Il est recommandé d'identifier l'étude comme qualitative ou d'indiquer le type d'approche (ex : ethnographique, théorisation ancrée /grounded theory) ou les méthodes de recueil des données (ex : entretien de recherche, focus group).	OUI
S2	Résumé	Résumé des éléments clés de l'étude en utilisant le format requis par la revue ciblée ; cela inclut typiquement : le contexte, l'objet, les méthodes, les résultats et conclusions.	OUI
Introduction			
S3	Formulation du problème	- Description et importance du problème /phénomène étudié. - Passage en revue d'une théorie appropriée et de travaux empiriques afférents. - Énonciation du problème	OUI
S4	Objectif ou question de recherche	Objectif de l'étude et objectifs spécifiques ou questions	OUI
Méthodes			
S5	Approche qualitative et paradigme de recherche	- Type d'approche qualitative (ex. ethnographique, théorisation ancrée /grounded theory, étude de cas, phénoménologie, recherche narrative) et éventuellement champ théorique. - Identifier le paradigme de recherche (ex. post-positiviste, constructiviste /interprétatif) est également recommandé. - Justifications	OUI
S6	Caractéristiques et réflexivité des chercheurs	- Caractéristiques des chercheurs ayant pu influencer la recherche, y compris les caractéristiques personnelles, les qualifications /expériences, la relation avec les participants, les postulats de départ et/ou présupposés. - Exploration de l'interaction potentielle ou réelle entre les	OUI

		caractéristiques du chercheur et les questions de recherche, l'approche, les méthodes, les résultats et/ou la transférabilité (i.e., l'applicabilité des résultats à d'autres contextes empiriques).	
S7	Contexte	- Cadre /terrain de l'étude et facteurs contextuels marquants. - Justifications .	
S8	Stratégie d'échantillonage	- Comment et pourquoi les participants, les documents ou les événements étudiés ont été sélectionnés. - Critères de décision utilisés pour la taille de l'échantillon (ex. saturation de l'échantillon). - Justifications.	OUI
S9	Questions éthiques relatives aux êtres humains.	- Informations relatives à l'autorisation par un comité d'éthique approprié et à l'obtention de consentement des participants, ou justification de l'absence de tels éléments. - Autres renseignements relatifs aux questions de confidentialité et de sécurité des données.	OUI
S10	Méthodes de recueil de données	- Types de données recueillies. - Détails des procédures de collecte de données, incluant le cas échéant : les dates de début et d'arrêt de la collecte et de l'analyse des données, le processus itératif (i.e., l'adaptation des outils de recueil lors du processus de va-et-vient entre le terrain et les outils de recueil), la triangulation des sources / méthodes, et la modification des procédures en réponse à l'évolution des résultats de l'étude. - Justifications.	OUI
S11	Instruments et outils de recueil des données	- Description des instruments de recueil (ex. guides d'entretien, questionnaires à questions ouvertes) et des outils utilisés (ex. enregistreurs audio) pour la collecte des données. - Préciser si et comment les outils ont changé au cours de l'étude.	OUI
S12	Unités d'étude	- Nombre et caractéristiques pertinentes des participants, documents ou événements inclus dans l'étude.	OUI

		- Niveau de participation (cela pourrait être rapporté dans les résultats)	
S13	Traitement des données	Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris retranscription, saisie des données, gestion et sécurité des données, vérification de la qualité des données, codage des données et anonymisation /dé-identification des extraits cités	OUI
S14	Analyse des données	Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris retranscription, saisie des données, gestion et sécurité des données, vérification de la qualité des données, codage des données et anonymisation /dé-identification des extraits cités.	OUI
S15	Techniques pour améliorer la fiabilité	- Procédure par laquelle les inférences, les thèmes, etc., ont été identifiés et développés, y compris l'implication des chercheurs dans l'analyse des données. - Généralement, besoin de se référer à un paradigme ou à une approche spécifique. - Justifications .	OUI

Résultats

S16	Synthèse et interprétation	- Principaux résultats (ex. interprétations, inférences et thèmes). - Peut inclure le développement d'une théorie ou d'un modèle, ou la mise en perspective avec des recherches ou des théories antérieures.	OUI
S17	Liens avec des données empiriques	Éléments appuyant les résultats (ex. citations, notes de terrain, extraits de texte, photographies).	OUI
S18	Mise en perspective avec des travaux antérieurs, implications, transférabilité et contribution(s)	- Bref résumé des principaux résultats - Explication de la manière avec laquelle les résultats et les conclusions sont en lien, soutiennent, élaborent ou récusent les conclusions de travaux de recherche antérieurs. - Discussion de la portée de la recherche quant à l'application /généralisabilité des résultats. - Montrer en quoi la recherche contribue de façon singulière au	OUI

	au domaine d'étude	corps de connaissances dans une discipline ou un domaine	
S19	Limites	Fiabilité et limites des résultats	OUI
Autres			
S20	Conflits d'intérêts	- Sources potentielles d'influence ou influence perçue lors de la réalisation de l'étude et des conclusions. - Comment celles-ci ont été gérées.	Aucun
S21	Financement	- Sources de financement et autres soutiens. - Rôle du financeur dans le recueil des données, l'interprétation et la rédaction des résultats.	Aucun

Tableau I. Traduction française originale des normes SRQR pour rendre compte des recherches qualitatives réalisées.

8 AVIS CPP

Les motivations des patients obèses à suivre un programme d'éducation thérapeutique, selon le point de vue de leur médecin traitant.

Entité : ULille Travaux étudiants
Domaine : Formation initiale et continue tout au long de la vie

Description générale						
Nom du traitement	Référence	Envisagé	Archivé	Date de création	Date de modification	
Les motivations des patients obèses à suivre un programme d'éducation thérapeutique, selon le point de vue de leur médecin traitant.	2023-119	Non	Non	07/07/2023	07/07/2023	
Description						
Entretiens semi-dirigés						
Structure opérationnelle	Volumétrie					
Faculté Médecine	10 à 15					
Origine de la collecte des données	Description de la source					
Collecte directe	Médecins généralistes					

Supports	
Référence	Support
Dictaphone	Dictaphone numérique
FPAP	Formulaires papier
ORDI PERSO	Ordinateur portable personnel
Bureautique	Outils bureautique
PTP	Poste de travail portable professionnel

Politiques	
Référence	Politique
ENR	Gestion des entretiens enregistrés

Acteurs						
Type d'acteur	Nom	Adresse	Code postal	Ville	Pays	Coordonnées contact
Délégué à la protection des données	Jean-Luc TESSIER	42 rue Paul Duez	59000	LILLE	France	dpo@univ-lille.fr
Responsable du traitement	Régis BORDET	42 rue Paul Duez	59000	LILLE	France	presidence@univ-lille.fr
Responsable chargé de la mise en oeuvre	Dominique LACROIX	42 rue Paul Duez	59 000	Lille	France	0320626900
Investigateur principal	Marie Ebelle Din	42 rue Paul Duez	59000	Lille	France	marie.ebelle.din@univ-lille.fr
Responsable scientifique	Gabrielle Lisembard	42 rue Paul Duez	59 000	Lille	France	gabrielle.lisembard@univ-lille.fr

Finalités			
Type de finalité	Fondement juridique	Description des finalités	Commentaire
Finalité principale	Exécution d'une mission d'intérêt public	Connaitre les motivations des patients obèses à intégrer un programme d'éducation thérapeutique afin d'en améliorer nos pratiques professionnelles et le taux d'adhésion au dispositif.	

Personnes concernées	
Catégorie de personnes concernées	Commentaires
Tiers	Médecins généralistes des Hauts de France

Destinataires	
Service interne qui traite les données	
Destinataire	Gabrielle Lisembard
Commentaire	Responsable scientifique
Service interne qui traite les données	
Destinataire	Marie Ebelle Din
Commentaire	Investigateur principal

Données à caractère personnel	
Etat-civil, identité, données d'identification	
DCP	Coordonnées, nom et prénom
Destinataire des DCP	Gabrielle Lisembard, Marie Ebelle Din
Finalité	Connaitre les motivations des patients obèses à intégrer un programme d'éducation thérapeutique afin d'en améliorer nos pratiques professionnelles et le taux d'adhésion au dispositif.
Durée de conservation	Jusqu'à la soutenance du mémoire/de la thèse
Données concernant la santé	
DCP	Retranscription des résultats des test
Destinataire des DCP	Gabrielle Lisembard, Marie Ebelle Din
Finalité	Connaitre les motivations des patients obèses à intégrer un programme d'éducation thérapeutique afin d'en améliorer nos pratiques professionnelles et le taux d'adhésion au dispositif.
Durée de conservation	Jusqu'à la soutenance du mémoire/thèse
Autre	
DCP	Enregistrements audio anonymisés (entretiens individuels)
Destinataire des DCP	Gabrielle Lisembard, Marie Ebelle Din
Finalité	Connaitre les motivations des patients obèses à intégrer un programme d'éducation thérapeutique afin d'en améliorer nos pratiques professionnelles et le taux d'adhésion au dispositif.
Durée de conservation	Illimitée

Mesures de nature juridique	
Finalité : finalité déterminée, explicite et légitime	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Fiche de thèse validée
Minimisation : réduction des données à celles strictement nécessaires	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Guide d'entretien
Durées de conservation : durée nécessaire à l'accomplissement des finalités, à défaut d'une autre obligation légale imposant une conservation plus longue	

Mesures de nature juridique	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Les durées de conservation sont déterminées.
Information : respect du droit à l'information des personnes concernées	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Voir lettre d'informations.
Droit d'opposition : respect du droit d'opposition des personnes concernées	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Il s'exerce auprès de l'étudiant ou du DPO.
Droit d'accès : respect du droit des personnes concernées d'accéder à leurs données	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Il s'exerce auprès de l'étudiant ou du DPO.
Droit de rectification : respect du droit des personnes concernées de corriger leurs données et de les effacer	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Il s'exerce auprès de l'étudiant ou du DPO.
Droit à la limitation : respect du droit à la limitation des traitements des données à caractère personnel	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Il s'exerce auprès de l'étudiant ou du DPO.
Droit à ne pas faire l'objet d'une décision entièrement automatisée	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Non concerné.
Minimisation : réduction des données à celles strictement nécessaires	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés
Description et justification	Les données non nécessaires à la réalisation des objectifs de l'étude ne sont pas collectées.
Information : respect du droit à l'information des personnes concernées	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés
Description et justification	Une notice est remise au participant. Elle décrit le projet et les droits des participants et les adresses mails des acteurs du projet.
Fondement : Modalités de recueil du consentement ou justification d'un autre fondement assurant la licéité de ce traitement	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés
Description et justification	Le consentement des personnes concernées est recueilli en début d'enregistrement. Il s'agit du consentement à participer au projet et à être enregistré sur dictaphone.

Mesures organisationnelles	
Gestion des risques	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	L'enregistrement est transféré le jour même sur un espace chiffré du disque dur de l'ordinateur portable de l'étudiant puis supprimé du dictaphone.
Gestion des risques	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Les enregistrements sont retranscrits en garantissant l'anonymat des échanges.
Gestion des risques	
Périmètre	Spécifique
Description et justification	Toutes les données identifiantes sont supprimées à l'issue de la soutenance.
Gestion des risques	
Périmètre	Dictaphone numérique
Description et justification	Les fichiers stockés sur le Dictaphone sont déplacés le jour même de l'enregistrement sur un disque chiffré puis supprimé du dictaphone. Les fichiers sont renommés avec le code de pseudonymisation de la personne concernée.

Mesures organisationnelles

Gestion des risques	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés
Description et justification	Utiliser exclusivement un dictaphone numérique
Gestion des risques	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés
Description et justification	A l'issue de l'entretien, le fichier audio est copié sur un espace de stockage chiffré au plus vite puis supprimé du dictaphone
Gestion des risques	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés
Description et justification	Le nommage du fichier ne doit pas correspondre à la date et l'heure de la passation ni à l'identité de la personne concernée
Gestion des risques	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés
Description et justification	A l'issue de la soutenance de mémoire / thèse, les fichiers audios sont supprimés.
Gestion des risques	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés
Description et justification	A l'issue des passations, les mails de contact, de prise de rendez-vous sont supprimés.

Mesures de sécurité logique

Anonymisation	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés
Description et justification	La retranscription des enregistrements doit être anonymisée (attention aux personnes, aux lieux, aux événements...)
Chiffrement	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés
Description et justification	Les enregistrements audios doivent être stockés sur des espaces de stockage chiffrés.

Facteurs de risque

Facteurs de risque	
Données sensibles	Oui
Sensibilité	
Traitemet sensible :	Non
Traitemet exonéré :	Non
Justification :	

Pièces justificatives

Description	
Rétro calendrier thèse	
Mention d'information	
Guide d'entretien	
Fiche de thèse	

AUTEUR(E) : EBELLE DIN

Prénom : Marie

Date de soutenance : Jeudi 7 novembre 2024

Titre de la thèse : Motivations des patients vivants dans l'obésité à intégrer des programmes d'éducation thérapeutique selon le point de vue de leur médecin généraliste.

Thèse - Médecine - Lille «2024»

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : DES de Médecine générale

Mots-clés : obésité; patients; médecins généralistes; relations médecin-patient; recherche qualitative; éducation thérapeutique

Résumé :

Contexte : En France, l'obésité est également décrite comme l'un de nos principaux problèmes de santé dont les coûts annuels liés aux complications secondaires sont élevés. L'ETP est une pratique de santé récente. Cependant, ce programme fait face à de nombreux freins comme le manque de formation et le manque de temps des soignants. Cette étude a pour but principal d'analyser les motivations des patients à rejoindre un programme d'éducation thérapeutique du point de vue de leur médecin généraliste, dans le but d'améliorer nos pratiques professionnelles et d'augmenter le taux d'adhésion au dispositif.

Matériel et méthode : Une étude qualitative a été réalisé auprès des médecins généralistes de la Flandres Maritime, de la Région Audomaroise et de la région Lilloise dont au moins un patient a suivi les ateliers au sein d'associations telles que PREVAL et/ou REST'O. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été menés de novembre 2023 à juillet 2024 jusque saturation des données.

Résultats : Cette étude a mis en évidence plusieurs aspects du parcours du médecin généraliste le conduisant à proposer l'éducation thérapeutique à ses patients. L'approche pluridisciplinaire lors de diverses sessions d'éducation thérapeutique constituait un élément central incitant le médecin généraliste à orienter son patient vers des structures appropriées, dans le but de favoriser des modifications des modes de vie, de prodiguer des conseils personnalisés et adaptés aux besoins spécifiques du patient. Ces différents objectifs sont difficiles à atteindre en consultation de médecine générale en raison de deux obstacles majeurs cités par les médecins généralistes, à savoir le manque de compétences et le temps limité durant les consultations. Le rôle du médecin généraliste, consistant à informer, accompagner et coordonner, est perçu comme essentiel dans le parcours de prise en charge du patient vivant dans l'obésité.

Conclusion : Le rôle d'informer et d'accompagner du médecin généraliste semble primordial, à condition qu'il y soit sensibilisé ou formé. Notre étude nous a permis d'identifier les facteurs influençant le recrutement réalisé par le médecin généraliste qui pourraient être à l'origine d'un manque d'adhésion des patients à l'éducation thérapeutique. L'évaluation de l'impact de l'obésité sur la qualité de vie, de même que le parcours de vie du patient et l'enquête autour de son entourage familial, semblent négligés.

Composition du Jury :

Président : Pr Nassir MESSAADI

Assesseurs : Dr Océane N'DOLI

Directeur de thèse : Dr Gabrielle LISEMBARD