



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Motivations à la participation à un programme d'éducation
thérapeutique chez les personnes vivant avec l'obésité**

Présentée et soutenue publiquement le 7 novembre à 18h00
au Pôle Formation
par Clémence HUYGHE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

Assesseure :

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.

Conflits d'intérêt

Je déclare ne présenter aucun conflit d'intérêt.

Table des matières

Abréviations	1
Résumé	2
Abstract	3
Introduction	4
Matériels et méthodes	6
I. Type d'étude	6
II. Délégué de protection des données	6
III. Constitution de l'échantillon	6
IV. Déroulé des entretiens et obtention des verbatim	7
V. Analyse des données	7
Résultats	9
I. Vécu de l'obésité	10
A. Souffrance	10
B. Impact sur la vie quotidienne	10
C. Stigmatisation	11
D. Complexes	11
E. Société inadaptée	12
F. Combat	12
II. Causes de l'obésité	13
A. Hérité	13
B. Traitements	13
C. Maladies	13
D. Santé mentale	14
E. Alimentation émotionnelle	14
F. Causes inconnues	14
III. Parcours vers la prise en soin en ETP	14
A. Rôle du médecin traitant	14
B. Informations au préalable	15
C. Prise de conscience	15
D. Prendre soin de soi	16
E. Améliorer sa santé	16
IV. Points forts du programme d'ETP	16
A. Accompagnement et soutien	16

B.	Hors parcours médical.....	17
C.	Prise en soin globale	17
D.	Effet groupe	17
E.	Gratuité.....	18
F.	Ecoute et bienveillance	18
Discussion	19
I.	Résultats principaux et comparaison à la littérature.....	19
A.	Le parcours de l'obésité amenant à la prise en soin en ETP.....	19
B.	L'adhésion au programme d'ETP	20
II.	Modèle intégratif et comparaison à la littérature	21
III.	Forces et limites de l'étude.....	24
Conclusion et perspectives	25
Bibliographie	26
Annexes	28
	Annexe 1 : Déclaration de conformité pour la protection des données	28
	Annexe 2 : Lettre d'information	29
	Annexe 3 : Guide d'entretien initial	30
	Annexe 4 : Evolution du guide d'entretien.....	31
	Annexe 5 : Extraits du journal de bord	32
	Annexe 6 : Un des schémas ayant permis d'aboutir au modèle explicatif.....	33
	Annexe 7 : Grille SRQR	34
	Annexe 8 : Verbatim.....	37
	Annexe 9 : Extrait du livre de codage	38

Abréviations

- ETP : éducation thérapeutique du patient
- IMC : indice de masse corporelle

Résumé

Contexte

L'obésité est une maladie chronique fréquente et un facteur de risque pour de nombreuses maladies notamment cardiovasculaires. Sa prise en soin, devant être pluridisciplinaire, peut se faire via les programmes d'éducation thérapeutique qui ont démontré leur efficacité.

Cette étude vise à mieux comprendre les motivations à la participation à un programme d'éducation thérapeutique chez les personnes vivant avec l'obésité, en croisant les regards des médecins généralistes et des patients, afin d'améliorer la présentation de l'éducation thérapeutique en consultation.

Méthode

Cette étude qualitative a été inspirée de la théorisation ancrée. 10 entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de personnes suivant un programme d'ETP pour l'obésité à Préal, à Coudekerque-Branche. Une triangulation a été réalisée.

L'analyse en regards croisés des patients et des médecins généralistes a permis d'obtenir une modélisation commune.

Résultats

Le vécu de l'obésité est difficile sur le plan psychologique, physique et sociétal.

Les personnes vivant avec l'obésité recherchent dans l'ETP une prise en soin gratuite et pluridisciplinaire, ainsi qu'un accompagnement et une écoute qu'elles ne retrouvent pas toujours dans la prise en soin médicale.

Conclusion

Afin de mieux prendre en soin l'obésité, il faut comprendre le parcours de vie difficile des personnes vivant avec l'obésité.

L'éducation thérapeutique permet à ces personnes d'avoir un accompagnement et une prise en soin globale, répondant à toutes les problématiques qu'elles peuvent rencontrer.

Mots-clés : obésité, éducation thérapeutique, motivations

Abstract

Context

Obesity is a common chronic disease and a risk factor of many diseases, particularly cardiovascular diseases. The care of obesity must be multidisciplinary. It can be done with therapeutic education programs which have demonstrated their effectiveness.

The aim of this study is to understand the motivations for participation in a therapeutic education program for obesity, with a cross-analysis of patients and general practitioners' point of view, in order to improve the presentation of therapeutic education in consultation.

Method

This qualitative study was inspired by grounded theorization. 10 semi-structured interviews were conducted with persons following a therapeutic education program for obesity in Préval, in Coudekerque-Branche. The analysis was triangulated.

The cross-analysis of patients and general practitioners' points of view allows to obtain a common model.

Results

Obesity is difficult on a psychological, physical and societal way.

People living with obesity are looking for free and multidisciplinary care in therapeutic education, as well as support and listening that they can not always find in medical care.

Conclusion

In order to improve the care of obesity, it is necessary to understand the difficult life course of people living with obesity.

Therapeutic education allows these people to have support and global care, responding to all the problems they may encounter.

Keywords : obesity, therapeutic education, motivations

Introduction

L'obésité est une maladie chronique définie par un excès de masse grasse, avec un indice de masse corporelle (IMC), qui est le rapport entre le poids et la taille, supérieur ou égal à 30 kg/m² (1).

L'obésité est également un facteur de risque pour de nombreuses maladies, notamment cardiovasculaires, telles que l'hypertension artérielle ou le diabète de type 2, entraînant une augmentation de la morbidité et de la mortalité (1), (2). De plus, cette maladie peut également avoir des conséquences psychologiques, sociales (3), et économiques (4), (5), (6).

En France, 17 % de la population adulte est obèse, ce qui représente plus de 8 millions de personnes. Cette prévalence de l'obésité est en forte augmentation depuis les années 90 (4), (7), (8).

Dans les Hauts-de-France, la prévalence est de 22,1 %, soit la prévalence la plus élevée de France (7), (9).

Les malades chroniques doivent être impliqués dans le suivi de leur maladie et bénéficier d'une prise en soin pluridisciplinaire. Pour cela, ils peuvent s'appuyer sur les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Ceux-ci consistent à proposer un accompagnement par plusieurs professionnels de santé, par une approche bio-psycho-sociale (10).

L'ETP vise à rendre le patient acteur de sa santé en lui fournissant les connaissances et les compétences nécessaires pour mieux comprendre sa maladie et ses éventuels traitements, adapter ses comportements, et ainsi améliorer sa santé et sa qualité de vie. Cela permet également de mieux gérer les difficultés que la maladie entraîne.

L'ETP a pour objectif un changement de mode de vie durable de la part du patient (11), (12).

Les programmes d'éducation thérapeutique ont démontré leur efficacité (11), et leur efficience médico-économique (5). C'est pourquoi les pouvoirs publics, avec notamment la feuille de route obésité 2019 – 2022, mettent l'accent sur ces programmes d'ETP, devenus des piliers de la prise en soin des maladies chroniques (4), (8).

L'objectif de cette étude était de mieux comprendre ce qui motive les patients vivant avec l'obésité à participer à un programme d'ETP, et de comparer avec les motivations perçues par les médecins généralistes, pour permettre d'améliorer la présentation du programme par le médecin généraliste.

Matériels et méthodes

I. Type d'étude

Une étude qualitative, inspirée de la méthode de théorisation ancrée a été réalisée.

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été effectués auprès de patients participant à Préval dans le cadre de l'obésité, à Coudekerque-Branche, dans le Nord, de septembre 2023 à juin 2024.

II. Délégué de protection des données

Le Département de Protection des Données de l'Université de Lille a émis un avis favorable quant à la réalisation de cette étude le 30 mai 2023. La déclaration des données porte le n°2023-096 au registre des traitements de l'Université de Lille (Annexe 1).

III. Constitution de l'échantillon

Le recrutement des participants a été réalisé par échantillonnage théorique, par le biais des professionnels de santé exerçant à Préval, une association de programmes d'ETP de niveau 1 (en ville) à Coudekerque-Branche. Ces derniers remettaient aux personnes, lors de la réunion d'informations du programme d'ETP, un document explicatif sur l'objectif et les conditions de réalisation de l'étude (Annexe 2). Les critères d'inclusion étaient d'être majeur et d'être inclus dans un programme d'ETP pour obésité. Après avoir lu le document explicatif, les personnes qui souhaitaient réaliser l'entretien étaient convoquées dans les locaux de Préval, afin de réaliser l'entretien.

IV. Déroulé des entretiens et obtention des verbatim

Les entretiens se sont déroulés dans les locaux de Préval à Coudekerque-Branche.

Les patients ont été avertis que l'entretien était enregistré à l'aide d'un dictaphone afin de retranscrire le verbatim et ensuite de l'analyser.

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité. Les noms propres et les éléments pouvant permettre de reconnaître la personne ont été supprimés, afin de rendre le verbatim anonyme. Les entretiens ont été stockés sur une clé externe sécurisée.

Le consentement éclairé des patients a été obtenu oralement, au début de l'entretien.

Un guide d'entretien a été utilisé et modifié au fur et à mesure des entretiens, en fonction des analyses intermédiaires (Annexes 3 et 4).

Un journal de bord a été tenu tout le long de cette étude (Annexe 5).

V. Analyse des données

L'étiquetage initial a été conduit avec le logiciel NVivo®, logiciel de codage.

Ensuite, les propriétés et les catégories ont été réalisées sur un document de traitement de texte. L'ensemble des données a bénéficié d'une triangulation au fur et à mesure, avec une première analyse réalisée par la doctorante puis une deuxième analyse effectuée par l'autre doctorante de cette thèse en miroir.

L'ensemble de ces résultats a permis d'aboutir à la réalisation d'un modèle explicatif, réalisé grâce au logiciel Canva® (Annexe 6).

La stabilité de ce modèle retrouvée lors du 8^e entretien, et confirmée par le 9^e et 10^e entretien, permettait d'assurer la saturation des données.

La thèse a été basée sur les critères de la grille SRQR (Standards for Reporting Qualitative Research), permettant de juger la qualité de ce travail de recherche qualitatif (13) (Annexe 7).

Une analyse en regards croisés des patients et des médecins généralistes a permis d'obtenir une modélisation commune aux deux travaux de thèse.

Résultats

10 entretiens ont été réalisés entre septembre 2023 et juin 2024.

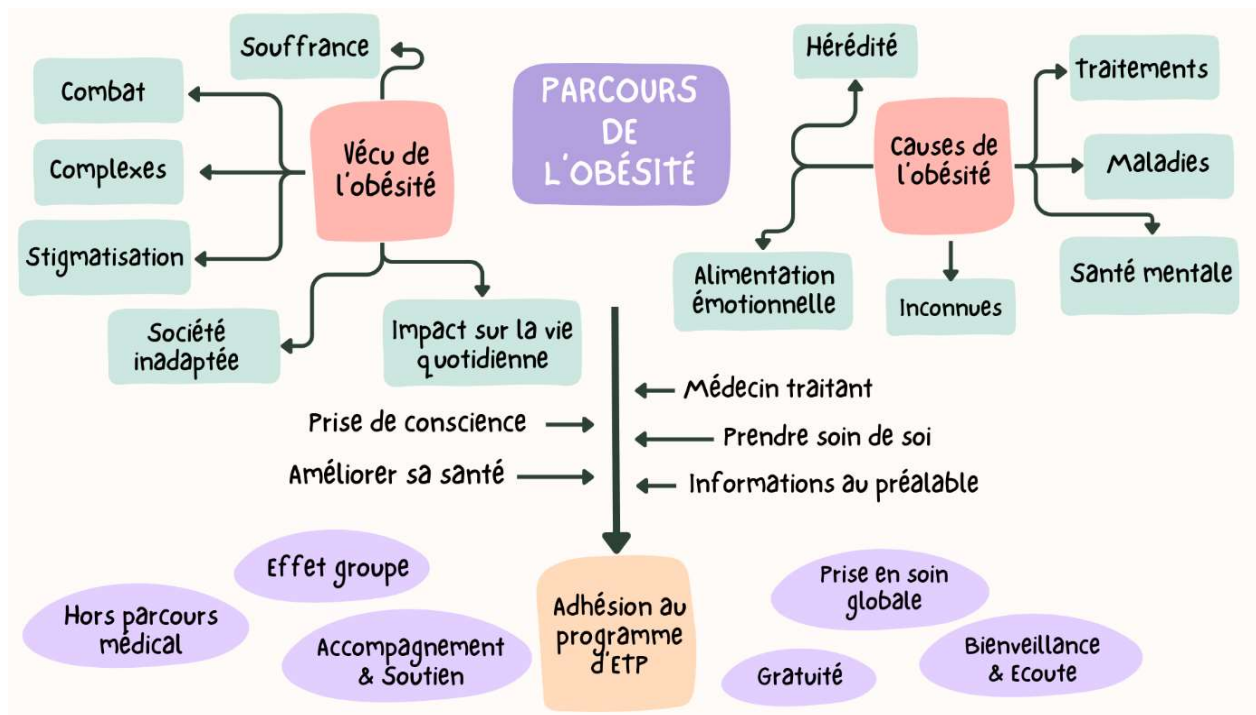
La durée des entretiens était comprise entre 5 minutes et 4 secondes et 48 minutes et 36 secondes, avec une moyenne de 18 minutes et 12 secondes par entretien, et un total de 3 heures et 2 minutes d'entretien.

L'âge moyen des participants était de 54 ans.

Entretiens	Durée de l'entretien	Sexe du patient	Âge du patient	Actif/Retraité
1	14 min 54	F	39	Active
2	5 min 04	F	62	Active
3	10 min 17	F	45	Active
4	10 min 53	F	60	?
5	28 min 21	F	39	Active
6	15 min 36	F	53	Active
7	5 min 13	M	53	Actif
8	23 min 36	M	58	Actif
9	19 min 30	F	70	Retraitée
10	48 min 36	F	65	Retraitée

Caractéristiques des participants

L'analyse des résultats a permis la réalisation d'un modèle explicatif, qui sera détaillé ci-après.



Modélisation du parcours de la personne vivant avec l'obésité jusqu'à sa prise en soin en ETP

I. Vécu de l'obésité

Les participants à cette étude évoquaient le vécu psychologique et physique de leur obésité. L'obésité étant présente depuis plusieurs années, voire depuis l'enfance, il s'agissait d'un parcours long et compliqué.

A. Souffrance

L'obésité était synonyme de souffrance, de mal-être, physique comme psychologique.

E4 : « je me sens de plus en plus mal et pas bien, dans mon corps, psychologiquement et physiquement quoi »

E10 : « Ouais ouais ouais, je le vis très mal ! »

B. Impact sur la vie quotidienne

L'obésité entraînait directement ou indirectement, via d'autres pathologies, une diminution des activités physiques.

E3 : « Parce que je sens que, j'ai jamais été essoufflée et là je sens que je suis essoufflée. Tout ça. Donc ouais je me dis non non c'est pas possible. »

E10 : « Par rapport, par rapport à ce que je peux, je peux rien faire. Je suis vite essoufflée, je suis vite fatiguée, je peux pas faire ce que je veux au niveau sport, donc bon c'est démoralisant. »

L'obésité avait un impact sur la vie personnelle.

E6 : « et donc je veux pas que ça mette une mauvaise ambiance à la maison, parce que mon mari il y est pour rien »

L'activité professionnelle était également impactée, par une mise en invalidité, ou via un arrêt de travail.

E8 : « Et c'est surtout de pouvoir reprendre un petit peu mon travail. »

C. Stigmatisation

Les participants souffraient d'un jugement et d'une discrimination à leur égard, par rapport à leur poids.

E5 : « Mais il y a un regard qui est porté sur ces gens-là qui est discriminant, la société est discriminante de toute manière. »

E5 : « on s'attend pas à ce que ça soit quelqu'un qui fait des études, mais on en est là hein c'est une vérité hein. »

E10 : « Ah ben à l'école il fallait monter à la corde, j'arrivais pas à monter à la corde, donc on me montrait du doigt, on rigolait sur moi, on m'appelait la grosse... »

La stigmatisation pouvait également venir du corps médical.

E5 : « il y a des gens dans le, dans le, dans la, dans le médical qui sont vraiment d'une bienveillance et d'une gentillesse, mais on a quand même un certain noyau de personnes lorsqu'ils sont face à une personne qui est en obésité, euh ne serait-ce le regard posé, vous voyez. »

E10 : « Bah non euh j'ai l'impression que bon je suis grosse parce que c'est de ma faute, parce que je fais pas ce qu'il faut. Voilà c'est ça qu'elle rejette. »

D. Complexes

Les participants ne supportaient plus leur corps, le cachaient.

L'image corporelle était relatée de façon négative.

E3 : « C'est euh, l'été que je viens de passer à pas oser mettre des trucs à manches courtes, des choses comme ça. »

E10 : « Oui, quand je me regarde dans la glace je me dégoûte, non j'aime pas. Et là encore plus maintenant que j'ai repris mes 10 kilos ! C'est pire, c'est pire. »

E. Société inadaptée

Les participants s'insurgeaient du manque de prise en considération de l'obésité, avec des structures inadaptées ou des difficultés à trouver des vêtements adaptés.

E5 : « L'IRM c'est pareil ma mère devait faire un IRM, elle a annoncé son poids, il y a pas de souci, puis quand on est arrivé on voulait la mettre dans le truc on lui a dit ah bah non vous êtes trop grosse »

E10 : « quand vous allez vous rhabiller, vous ne pouvez pas vous rhabiller comme vous voulez. »

F. Combat

L'obésité était perçue comme un ennemi à combattre, une lutte face à soi-même.

E1 : « Euh, quoi vous dire. J'ai toujours été en combat contre mon poids depuis le plus jeune âge. »

E10 : « Donc donc euh depuis cet âge-là je me bats, je me bats... »

Les participants évoquaient une fatalité, un combat perdu d'avance contre ce poids qu'ils ne contrôlaient pas.

E3 : « Oui ben de toute façon j'en ai toujours pris du poids. »

E10 : « Le problème c'est que même en faisant attention mon cholestérol ne baisse pas et je perds pas de poids. »

Les participants avaient eu recours à des régimes multiples pour combattre leur poids, entraînant un effet yo-yo et une déception face à l'échec.

E1 : « Donc j'ai toujours toujours été en régime, arrêt, reprise de poids, re-régime, arrêt, reprise de poids, mais j'ai jamais été mince. »

E4 : « J'ai essayé tellement de choses déjà dans ma vie et voilà, des régimes Weight Watchers, des régimes toute seule, des achats, bah ça marchait après ça repart. »

II. Causes de l'obésité

Les participants à l'étude évoquaient les causes de leur obésité. Ils cherchaient à comprendre pourquoi ils étaient en situation d'obésité.

A. Hérité

L'obésité était familiale, héréditaire.

E3 : « Alors ma maman et ma sœur y sont parce qu'on est une famille euh où on a des problèmes avec l'alimentation et puis l'obésité »

E10 : « Ma mère, bah oui ben ma mère elle faisait 90 kilos, ma grand-mère faisait 100 kilos, du côté de mon père il faisait 80 kilos, un poids normal par rapport à sa taille. Et du côté de ma mère c'était des gros hein ! »

B. Traitements

Les traitements étaient responsables de la prise de poids.

E1 : « Mais il est réputé ce traitement là pour faire prendre du poids comme pour rire, donc déjà j'avais pas besoin de ça, là j'ai repris 10 kg en plus, en éternuant un coup. »

E3 : « J'étais ado j'étais super mince, j'ai pris la pilule et là ça a commencé à... »

Le retrait des traitements pouvait également être en cause dans la prise de poids.

E10 : « Elle m'a enlevé ce médicament et j'ai pris mes kilos. »

Les traitements chirurgicaux entraînaient une sédentarité et donc une prise de poids.

E10 : « je peux pas courir, je sais plus courir, je sais plus courir depuis que j'ai été opérée je ne sais plus courir donc euh... »

C. Maladies

Les maladies entraînaient une prise de poids, directement ou indirectement via la sédentarité.

E1 : « Voilà donc du coup ben complètement sédentaire pendant 4 mois et demi, j'ai repris 10 kg en très peu de temps »

E3 : « Et euh ben en fait avec cette dépression j'ai aussi pris 10 kilos. »

D. Santé mentale

La prise de poids était liée à la souffrance psychologique.

E4 : « Donc il y a le stress aussi ça on sait que le corps parle hein. »

E8 : « Je gambergeais énormément, je stressais énormément, j'ai pris 20 kilos. »

E. Alimentation émotionnelle

La nourriture était un refuge face aux émotions.

E1 : « Euh... Du coup la culpabilité, je mange mes émotions, ça je le sais, et ça profite différemment »

E3 : « Parce qu'il y en a qui ne mangent plus, mais moi au contraire hyperphagie euh voyez, c'était vraiment euh, il fallait que je comble un manque euh voilà. »

F. Causes inconnues

Les causes pouvaient être inconnues. Cela entraînait de l'incompréhension face à la prise de poids et empêchait de trouver une solution pour perdre du poids.

E4 : « Sans manger hein, je suis pas quelqu'un qui ai des troubles alimentaires, voilà sinon j'en parlerais et je me ferais aider de ce côté là, et là je fais pas d'hyperphagie, je fais pas de boulimie, j'ai pas de crise de pulsion ou quoi que ce soit. »

E10 : « Le problème c'est que je ne mange pas non plus entre 2, donc c'est ça quoi c'est... Tout ce qu'on me dit et tout je le fais pas donc euh... Et je suis pas sucrée ! »

III. Parcours vers la prise en soin en ETP

Les participants à l'étude expliquaient le cheminement par lequel ils étaient passés pour arriver à la prise en soin en ETP.

A. Rôle du médecin traitant

Le médecin traitant permettait d'orienter les patients vers une prise en soin en ETP.

E3 : « Ben non, puis il y a aussi mon médecin quoi qui m'a orientée »

E7 : « Elle m'a dit tu devrais aller là, ça serait bien pour toi, pour perdre du poids et pour ton hypertension, pour te réadapter. »

Le médecin généraliste délivrait les informations sur l'ETP.

E1 : « Alors moi je savais pas les dispositifs, si c'était payant, pas payant, etc etc, et s'il fallait une ordonnance ou quoi que ce soit, et elle m'a dit non non tu y vas et après ils te donneront un papier et tu viendras me voir le mois d'après et je viendrai te le remplir. »

E6 : « Bah non c'est vraiment il y a 10 ans mon médecin traitant qui m'a fait le courrier, qui m'a dit où c'était »

B. Informations au préalable

Les participants avaient reçu des informations au préalable, et cela leur permettait de se lancer dans la prise en soin en ETP.

E2 : « Et euh, elles sont venues ici, avant. Et euh bah du coup y a une qui m'a bien raconté, elle est contente d'être venue, que ça l'a bien aidé. »

E3 : « Bah moi j'ai, j'ai plutôt suivi ma mère qui euh bah qui m'expliquait ce qu'elle faisait, ça me paraissait intéressant »

Les participants avaient fait des recherches pour savoir si les programmes d'ETP leur convenaient.

E4 : « J'ai regardé un peu sur internet vite fait et après je suis venue ici »

Les participants voulaient être informés sur le programme d'ETP car ils n'aimaient pas être dans l'inconnu.

E6 : « Donc je suis pas dans l'inconnu. Même si ça a dû évoluer parce que je suis venue il y a 10 ans. Mais j'avoue que j'ai pas cherché du tout une autre association. »

E10 : « Je je je j'aime pas l'inconnu. »

C. Prise de conscience

Les participants avaient pris conscience de leur obésité lors des consultations chez le médecin généraliste.

E4 : « Et je dis oh la la je vais de plus en plus, un petit kilo, 700 grammes, tout ça je dis oh je n'ai pas l'impression de grossir mais si quand même »

Les participants avaient pris conscience de ce que pouvait leur apporter la perte de poids.

E1 : « Je pense que ça peut me stabiliser dans ma vie générale en fait. Je pense que c'est important pour tout, en ce moment. C'est une grosse prise de conscience. »

E8 : « Et là, là je suis prêt à faire ce qu'il faut. C'est ce que je dis même à mon kiné, ce que je dis, c'est dur et tout ça mais je dis il faut, il faut avancer, il faut... Je suis toujours prêt à avancer en espérant d'avoir un résultat. »

D. Prendre soin de soi

Les participants souhaitaient prendre soin d'eux-mêmes, de façon globale. Ils aspiraient à un mieux-être général.

E3 : « et puis j'ai envie de, de prendre soin de moi et voilà quoi. »

E4 : « et là aujourd'hui j'ai envie d'être ma priorité, voilà. Donc c'est ce qui m'a poussé à venir ici. »

E. Améliorer sa santé

Les participants souhaitaient perdre du poids afin d'éviter des maladies secondaires à l'obésité.

E1 : « euh du coup là je me suis dit là c'est ta santé qui, j'ai bientôt 40 ans, j'ai pas envie de mourir d'un AVC demain en fait, ou d'un arrêt cardiaque parce que mon cœur est pris dans la graisse. »

E2 : « Donc là il faut vraiment faire quelque chose, parce que sinon je vais avoir des, plus de maladies quoi. »

IV. Points forts du programme d'ETP

A. Accompagnement et soutien

Les participants soulignaient l'importance d'un accompagnement dans leur parcours de perte de poids. Ils avaient besoin d'être soutenus et suivis afin de ne pas être seuls et se décourager.

E1 : « parce que je sais que j'ai besoin d'avoir un soutien et que j'ai besoin de quelqu'un. Là toute seule je peux pas y arriver. »

E6 : « Oui, plus ou moins un suivi oui. Toute seule j'essaye, mais je vais y arriver 15 jours-3 semaines quoi, et pas plus. »

B. Hors parcours médical

Les participants appréciaient le fait que les programmes d'ETP avaient lieu dans un endroit distinct du milieu médical.

E5 : « Euh alors pourquoi ici, parce que je veux pas que ça soit dans le cadre hôpital. »

En effet, le milieu médical était associé à de mauvaises expériences.

E5 : « Pour plusieurs raisons, euh à titre tout à fait personnel parce que j'ai eu des mauvaises expériences qui m'ont pas donné envie de poursuivre au sein de l'hôpital. »

C. Prise en soin globale

Les personnes en situation d'obésité attendaient une prise en soin globale, grâce à la pluridisciplinarité des soignants.

E4 : « Oui c'est ça, c'est que c'est encadré quand même, qu'il y a une infirmière et un psychologue, il y a une nutritionniste. »

E7 : « C'est le fait qu'on peut traiter de différents domaines si vous voulez. Ça serait pas mal que ça agisse sur plusieurs pans de la santé. »

D. Effet groupe

Le groupe permettait aux participants de créer du lien social et de se sentir moins seuls.

E6 : « on sait qu'on n'est pas seul dans mon cas, je sais bien que je suis pas toute seule »

E8 : « j'appréciais quand on faisait des marches parce que je parlais avec des personnes, que si je les avais rencontrées dans la rue je ne leur aurais jamais parlé. »

Le groupe leur permettait également de relativiser par rapport à leurs propres problèmes.

E6 : « j'ai vu des gens qui étaient en plus grande difficulté que moi, donc ça aussi ça permet de relativiser de se dire voilà euh... »

E. Gratuité

La prise en soin gratuite était importante pour les participants qui avaient déjà dû renoncer à des soins pour des raisons financières.

E1 : « et en fait je me suis dit mais ça coûte rien, donc c'est encore mieux, donc là pour le coup c'est pas un frein »

E5 : « Et je me suis dit bah il y a des endroits où je peux pas parce que financièrement je peux pas suivre aussi, on va être clair, il y a l'aspect financier aussi hein qui joue. »

F. Ecoute et bienveillance

Les participants avaient besoin d'une écoute et de bienveillance, comme un lieu refuge, loin de toute la stigmatisation qu'ils pouvaient subir ailleurs.

E5 : « Donc c'est bon, moi si je suis là c'est pour euh, je suis là, j'ai besoin de bienveillance, j'ai pas besoin de jugement. »

E6 : « Ouais comme une, comme une asso avec des gens qui allaient pouvoir m'aider, m'écouter, me conseiller sans me juger »

E8 : « C'est pas, comment je vais expliquer, on est bien entouré. On nous écoute, ça c'est énorme »

Discussion

I. Résultats principaux et comparaison à la littérature

A. Le parcours de l'obésité amenant à la prise en soin en ETP

Pour comprendre ce qui amène une personne vivant avec l'obésité à participer à un programme d'ETP, il faut comprendre son parcours de vie en lien avec l'obésité (14). En effet, peu importe la maladie, une meilleure compréhension des motivations au traitement de la maladie et du vécu des patients permet une prise en charge médicale plus satisfaisante pour les patients (15).

Dans cette étude, l'obésité était vécue difficilement. Comme décrit également dans la littérature (8), (16), l'obésité entraînait de la souffrance physique et psychologique. Les participants évoquaient aussi l'impact de l'obésité sur la vie quotidienne, avec une baisse de la qualité de vie. L'image corporelle était associée à des complexes. Lucibello *et al.* rapportent qu'une image négative de son corps diminue le temps passé à faire une activité physique (17). L'obésité était également vécue comme un ennemi contre lequel il faut combattre toute sa vie. Dans la littérature comme dans cette étude, la société, dont le corps médical, était décrite comme stigmatisante et inadaptée (18), (19), (20).

Les personnes reliaient leur obésité à l'hérédité, à l'alimentation émotionnelle, aux maladies et aux traitements médicaux. Selon Niel M. et Plotton C., ces causes sont aussi des facteurs de maintien dans l'obésité (16).

Par ailleurs, les causes de l'obésité n'étaient pas toujours identifiées et cela était source d'incompréhension et de difficultés de prise en soin car les personnes ne savaient pas comment perdre du poids.

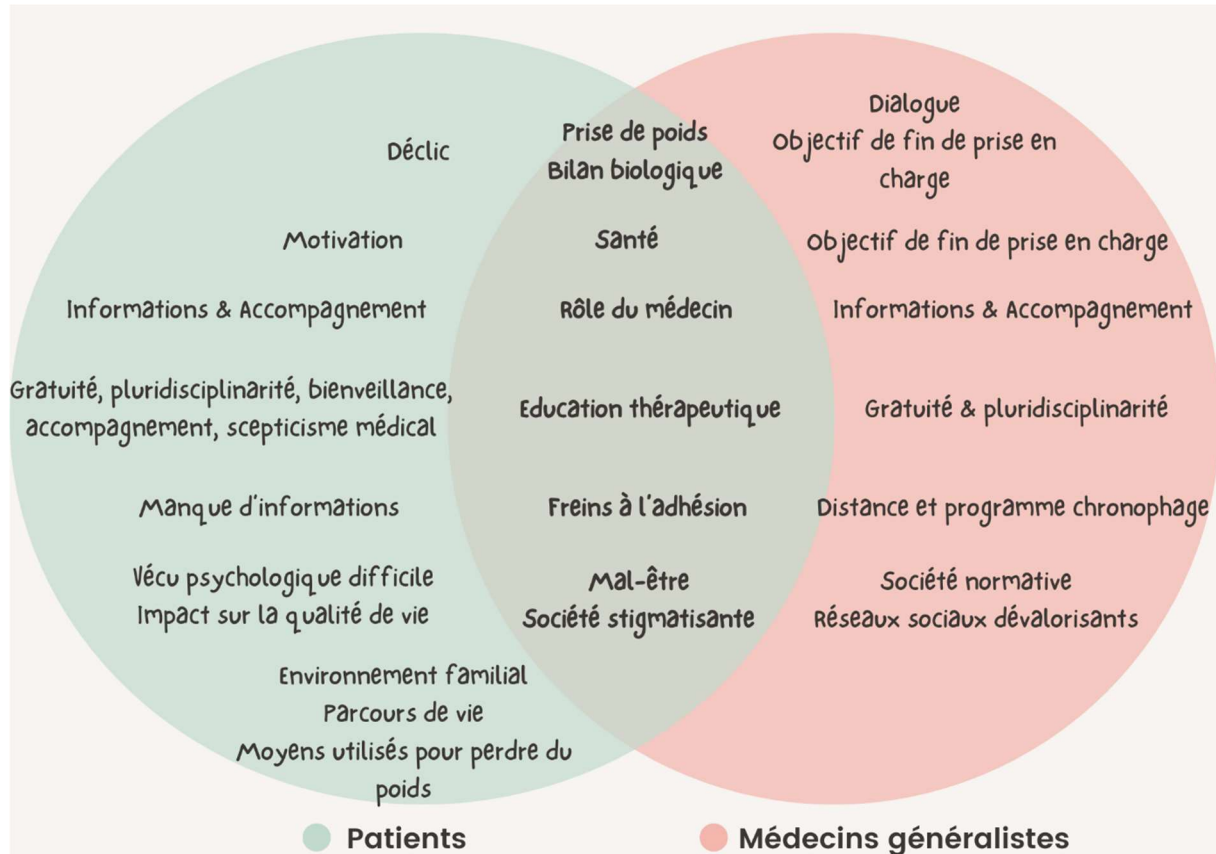
B. L'adhésion au programme d'ETP

Une prise de conscience et la volonté de prendre soin d'eux et de leur santé permettaient aux participants de se tourner vers une prise en soin de l'obésité. Le médecin traitant avait pour rôle d'orienter les patients vers les programmes d'ETP et de les informer sur leur contenu. Les personnes ayant reçu des informations claires et complètes sur les programmes d'ETP se dirigeaient vers cette prise en soin.

Les personnes en situation d'obésité se tournaient vers l'ETP afin de bénéficier d'une prise en soin globale et pluridisciplinaire. Elles étaient en attente d'un accompagnement bienveillant, d'un soutien, d'une écoute, permettant de prendre en compte et en soin leur vécu psychologique difficile (3), (16). Une étude qualitative a rapporté que les patients attendaient de leur médecin généraliste de l'empathie, de la bienveillance et du respect (19). La gratuité permettait à tous de participer au programme d'ETP, sans sacrifice financier. De plus, le programme d'ETP, ayant lieu dans un cadre neutre, permettait aux participants de sortir du cadre médical associé au parcours de santé complexe et compliqué. Enfin, les personnes vivant avec l'obésité trouvaient dans le groupe un soutien et du lien social.

II. Modèle intégratif et comparaison à la littérature

Nos résultats ont été intégrés dans une modélisation commune aux deux travaux de thèse, inspirée du diagramme de Venn (21), (22).



Modélisation des points de vue des patients et des médecins généralistes concernant la prise en soin de l'obésité en ETP

La perturbation du bilan biologique et la prise de poids étaient des problématiques communes aux médecins et aux patients. Elles étaient vécues comme un déclic par le patient, lui permettant de prendre conscience de son état de santé, et étaient un moyen de communication et un objectif de fin de prise en soin pour les médecins généralistes. Être en meilleure santé était un objectif commun, ressenti comme une des motivations à entrer dans une démarche de soins pour les personnes vivant avec l'obésité, et défini comme un objectif de fin de prise en soin pour les médecins généralistes. Pour ces derniers, un autre objectif était de limiter l'apparition de pathologies secondaires.

Selon les personnes vivant avec l'obésité et les médecins, le rôle du médecin généraliste était d'informer, d'accompagner et de soutenir le patient tout au long de sa prise en soin. Le médecin généraliste se définissait 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 des sessions proposées en ETP était mentionné par les personnes vivant avec l'obésité comme pouvant être un frein à l'adhésion du programme. Pétré *et al.* suggèrent qu'une formation à l'ETP permettrait aux médecins d'avoir une vision claire de l'ETP et d'assurer une élaboration et une mise en œuvre de l'ETP de bonne qualité (23).

Pour les médecins, les autres freins potentiels à la participation à un programme d'ETP étaient la distance pour les personnes vivant dans un milieu rural et le caractère chronophage du programme.

Les avantages de l'ETP évoqués par les médecins généralistes et les personnes vivant avec l'obésité étaient la gratuité du programme ainsi que l'approche pluridisciplinaire. Comme décrit dans la littérature, les patients attendaient de l'ETP un soutien, un accompagnement et une écoute bienveillante. Une réelle prise en compte de la complexité de l'obésité et une approche globale de la personne étaient attendues (19). De plus, le scepticisme médical les incitait à sortir du cadre médical, afin de retrouver une approche bio-psycho-sociale.

Pour les médecins comme pour les personnes en situation d'obésité, la société apportait une vision stigmatisante de l'obésité favorisant l'entretien d'un mal-être. Les médecins dénonçaient une société normative qui complique le vécu de l'obésité, renforcée par des réseaux sociaux stigmatisants.

L'environnement familial était évoqué par les personnes en obésité, aussi bien comme facteur d'obésité que comme facteur du vécu difficile. Cet aspect n'était pas intégré dans le point de vue médical.

Les personnes en situation d'obésité relataient leur parcours de vie, avec les régimes répétitifs et restrictifs, la notion de combat parfois depuis l'enfance, et le vécu psychologique et physique difficile. Ce parcours n'était pas pris en compte dans la prise en soin médicale.

Cette modélisation intégrative permet donc de mettre en évidence les concepts clés partagés entre le patient et son médecin généraliste, tels que le désir d'améliorer sa santé, le rôle du médecin généraliste, les attentes envers l'éducation thérapeutique, ainsi que la perception de la société actuelle. Toutefois, certaines notions divergeaient dans cette étude en miroir. En effet, le médecin ne se considérait pas comme un facteur pouvant contribuer au maintien du mal-être chez les personnes vivant avec l'obésité. De plus, l'environnement familial et l'expérience personnelle du patient n'étaient pas pris en compte par le médecin généraliste.

L'amélioration de l'information sur le vécu de l'obésité auprès des médecins généralistes permettrait une approche plus centrée sur le patient (16).

III. Forces et limites de l'étude

Les forces de cette étude résident tout d'abord dans le fait que les entretiens étaient semi-dirigés, permettant une liberté d'expression chez les participants.

De plus, la saturation des données a été atteinte au bout du 8^e entretien et confirmée par les 2 derniers entretiens.

La triangulation des données a permis de limiter les *a priori* des doctorantes et les biais cognitifs.

Le guide d'entretien a été modifié au cours de l'étude.

Enfin, les données de l'étude sont cohérentes avec les données de la littérature.

Concernant les limites, les critères de la grille SRQR ont été utilisés pour ce travail.

Un critère n'a pas été respecté : les patients savaient que la doctorante était médecin, cela a pu influencer leurs réponses.

Les entretiens ont été enregistrés, cela a pu influencer l'expression des participants, mais cela a été limité par l'annonce préalable à l'entretien de l'anonymisation des données.

Les participants n'ont pas eu de retour de retranscription.

Les participants avaient déjà participé à la réunion d'informations, ce qui a pu influencer leurs réponses.

Enfin, la durée moyenne des entretiens était de 18 minutes et 12 secondes. Certains points auraient donc pu être approfondis.

Conclusion et perspectives

Les motivations à la participation au programme d'ETP chez les personnes vivant avec l'obésité résultent d'un parcours de vie complexe et compliqué.

Ainsi, la connaissance du vécu, des motivations et des objectifs de prise en soin des personnes vivant avec l'obésité permettrait de proposer une approche centrée sur le patient. Cela permettra de mieux présenter l'ETP en consultation.

Ce travail confirme que les programmes d'ETP proposent un accompagnement bienveillant et une prise en soin globale répondant à la problématique de la souffrance physique et psychologique des personnes vivant avec l'obésité.

Bibliographie

1. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_27_surpoids_obesite_adulte_v5_pao.pdf
2. Matta J, Carette C, Rives Lange C, Czernichow S. Épidémiologie de l'obésité en France et dans le monde. *La Presse Médicale*. 1 mai 2018;47(5):434-8.
3. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*. 2020;26(4):485-97.
4. DGOS. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022. Obésité : prévention et prise en charge. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/priorite-prevention-les-mesures-phares-detaillees/article/obesite-prevention-et-prise-en-charge>
5. Sanguignol F, Lagger G, Golay A. L'efficacité médico-économique de l'éducation thérapeutique chez des patients obèses. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*. juin 2009;1(1):57-62.
6. Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? [Internet]. Report No.: 179. Disponible sur: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/90846524-d27e-4d18-a4fe-e871c146beba/files/1f8ca101-0cdb-4ccb-95ec-0a01434e1f34>
7. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité pour la Ligue contre l'Obésité [Internet]. Disponible sur: <https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2021/08/Enquete-epidemiologique-sur-le-surpoids-et-lobesite-Odoxa-x-Obepi.pdf>
8. [feuille_de_route_obesite_2019-2022.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_obesite_2019-2022.pdf) [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_obesite_2019-2022.pdf
9. Fontbonne A, Currie A, Tounian P, Picot MC, Foulatier O, Nedelcu M, et al. Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the “Ligue Contre l'Obésité”. *Journal of Clinical Medicine*. janv 2023;12(3):925.
10. *Revue Médicale Suisse* [Internet]. Un nouveau programme d'éducation thérapeutique pour les patients obèses. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2011/revue-medicale-suisse-288/un-nouveau-programme-d-education-therapeutique-pour-les-patients-obeses>
11. Lagger G, Pataky Z, Golay A. Efficacité de l'éducation thérapeutique. *Revue Médicale Suisse*. 2009;
12. Wilson K. Obesity: Lifestyle Modification and Behavior Interventions. *FP Essent*. mai 2020;492:19-24.

13. Thébaud V, Dargentas M. Traduction française des normes SRQR pour rendre compte des recherches qualitatives. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 janv 2023;23(253):18-22.
14. Farrell E, Bustillo M, le Roux CW, Nadglowski J, Hollmann E, McGillicuddy D. The lived experience of people with obesity: study protocol for a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Systematic Reviews*. 21 juin 2021;10(1):181.
15. Jochems EC, Mulder CL, van Dam A, Duivenvoorden HJ, Scheffer SC, van der Spek W, et al. Motivation and treatment engagement intervention trial (MotivaTe-IT): the effects of motivation feedback to clinicians on treatment engagement in patients with severe mental illness. *BMC Psychiatry*. 24 nov 2012;12(1):209.
16. NIEL, M & PLOTTON, C. Les modèles explicatifs des personnes en situation d'obésité. [Internet]. [cité 1 oct 2024]. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/2483
17. Lucibello KM, Sabiston CM, O'Loughlin EK, O'Loughlin JL. Mediating role of body-related shame and guilt in the relationship between weight perceptions and lifestyle behaviours. *Obes Sci Pract*. 25 mars 2020;6(4):365-72.
18. Carr D, Friedman MA. Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *J Health Soc Behav*. sept 2005;46(3):244-59.
19. 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 ? [Internet]. [cité 1 oct 2024]. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/1878
20. Puhl RM, Latner JD, O'Brien K, Luedicke J, Danielsdottir S, Forhan M. A multinational examination of weight bias: predictors of anti-fat attitudes across four countries. *Int J Obes (Lond)*. juill 2015;39(7):1166-73.
21. Moktefi A, Lemanski J. On the Origin of Venn Diagrams. *Axiomathes*. 2022;32(3):887-900.
22. Delengaigne X, Delengaigne MR. Outil 37. Le diagramme de Venn. *BàO La Boîte à Outils*. 2019;2:94-5.
23. 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.

Annexes

Annexe 1 : Déclaration de conformité pour la protection des données



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Quelles sont les motivations à la participation à un programme d'éducation thérapeutique chez les patients obèses?
Référence Registre DPO : 2023-096
Responsable scientifique : Mme Gabrielle LISEMBARD Interlocuteur : Mme Clémence HUYGHE

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 30 mai 2023

Délégué à la Protection des Données

Annexe 2 : Lettre d'information

Bonjour, je suis Clémence Huyghe, étudiante en médecine générale.

Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur les motivations à la participation à un programme d'éducation thérapeutique pour obésité. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier ce qui vous a motivé à participer à un programme comme celui dont vous faites partie.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à cette étude. Pour y répondre, vous devez être majeur et participer ou avoir participé à un programme d'éducation thérapeutique pour obésité.

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

Dans le cadre de cette étude, les entretiens devront être enregistrés.

Cet entretien sera totalement anonymisé et votre nom n'apparaîtra pas dans ma thèse.

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.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2023-096 au registre des traitements de protection des données 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.

Je vous remercie pour votre participation.

Si vous le souhaitez, vous pourrez accéder aux résultats scientifiques de l'étude une fois celle-ci terminée, en me contactant à cette adresse : clemence.huyghe.etu@univ-lille.fr.

Annexe 3 : Guide d'entretien initial

- Pouvez-vous vous présenter ? Votre âge, ce que vous faites dans la vie...
- Comment avez-vous connu ce programme d'ETP ?
- Comment vous a-t-on présenté ce programme ?
- Qu'est-ce qui vous a donné envie d'y participer ? / Quelles sont les motivations de votre participation à ce programme ?
- Pourquoi avez-vous voulu venir ici/dans ce programme ?

Annexe 4 : Evolution du guide d'entretien

- Pouvez-vous vous présenter ? Votre âge, ce que vous faites dans la vie...
- Comment avez-vous connu ce programme d'ETP ?
- Comment vous a-t-on présenté ce programme ?
 - Comment votre médecin vous a présenté ce programme ?
- Quelles sont vos motivations à perdre du poids ?
- Qu'est-ce qui vous a donné envie de participer à ce programme ?
- Pourquoi avez-vous voulu venir ici/dans ce programme ?
- Avez-vous eu un déclic concernant la perte de poids ?
- Comment vivez-vous votre obésité ?

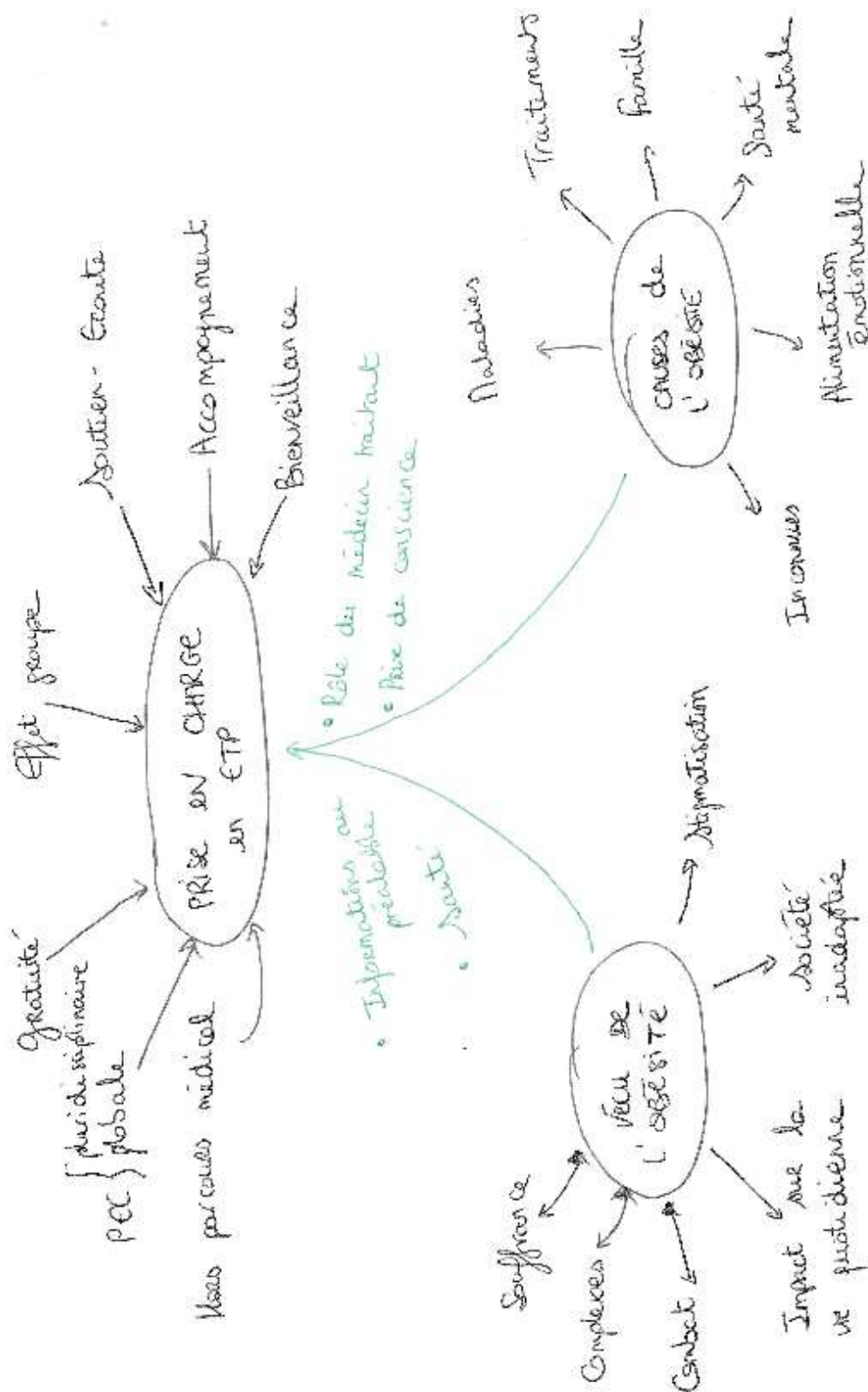
Annexe 5 : Extraits du journal de bord

« J'ai fait le premier entretien avec une femme de 40 ans. Je ne me sentais pas à l'aise avec l'exercice de l'entretien semi-dirigé, mais cette femme avait tellement de choses à dire concernant son obésité que cela a été très fluide, et elle m'a donné toutes les réponses quasiment spontanément.

Grâce à ce premier entretien, j'ai tout de suite pu comprendre l'importance du vécu de l'obésité, et l'impact dans la vie des personnes en souffrant. J'ai également pris conscience de l'impact du parcours médical dans le vécu de l'obésité. »

« Ma directrice de thèse m'avait demandé de noter, avant de commencer les entretiens, qu'elles pouvaient être les motivations des personnes vivant avec l'obésité. Heureusement que je l'ai fait car les réponses sont vraiment différentes de ce que je pensais initialement. »

Annexe 6 : Un des schémas ayant permis d'aboutir au modèle explicatif



Annexe 7 : Grille SRQR

N°	Objet	Article	
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/ <i>grounded theory</i>) ou les méthodes de recueil de données (ex : entretien de recherche, <i>focus group</i>).	✓
S2	CV	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 les conclusions.	✓
Introduction			
S3	Formulation du problème	<ul style="list-style-type: none"> – Description et importance du problème/phénomène étudié. – Passage en revue d'une théorie appropriée et de travaux empiriques afférents. – Énonciation du problème. 	✓ ✓ ✓
S4	Objectif ou question de recherche	Objectif de l'étude et objectifs spécifiques ou questions.	✓
Méthodes			
S5	Approche qualitative et paradigme de recherche	<ul style="list-style-type: none"> – Type d'approche qualitative (ex. ethnographique, théorisation ancrée/<i>grounded théorique</i>, étude de cas, phénoménologie, recherche narrative) et éventuellement champ théorique. – Identifier le paradigme de recherche (ex. post-positiviste, constructiviste /interprétatif) est également recommandé. – Justifications 	✓ ✓ ✓
S6	Caractéristiques et réflexivité des chercheurs	<ul style="list-style-type: none"> – 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 présumés. – Exploration de l'interaction potentielle ou réelle entre les caractéristiques du chercheur et les questions de recherche, l'approche, les méthodes, les résultats et/ou la transférabilité (ie, <i>l'applicabilité des résultats à d'autres contextes empiriques</i>). 	✓ ✓
S7	Contexte	<ul style="list-style-type: none"> – Cadre/terrain de l'étude et facteurs contextuels marquants. – Justifications 	✓ ✓

N°	Objet	Article	
S8	Stratégie d'échantillonnage	<ul style="list-style-type: none"> – 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 	✓ ✓ ✓
S9	Questions éthiques relatives aux êtres humains.	<ul style="list-style-type: none"> – Informations relatives à l'autorisation par un comité d'éthique approprié et à l'obtention du consentement des participants, ou justification de l'absence de tels éléments. - Autres renseignements relatifs aux questions de confidentialité et de sécurité des données. 	✓ ✓
S10	Méthodes de recueil de données	<ul style="list-style-type: none"> – Types de données recueillies. – Détails des procédures de collecte de données, y compris le cas échéant : les dates de début et d'arrêt de la collecte et de l'analyse des données, le processus itératif (c'est-à-dire 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 	✓ X ✓
S11	Instruments et outils de recueil des données	<ul style="list-style-type: none"> – 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. 	✓ ✓
S12	Unités d'étude	<ul style="list-style-type: none"> – Nombre et caractéristiques pertinentes des participants, documents ou événements inclus dans l'étude. – Niveau de participation (cela pourrait être rapporté dans les résultats) 	✓ ✓
S13	Traitement des données	Les méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse comprennent la retranscription, la saisie des données, la gestion et la sécurité des données, la vérification de la qualité des données, le codage des données et l'anonymisation/dé-identification des extraits cités.	✓
S14	Analyse des données	Les méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse comprennent la retranscription, la saisie des données, la gestion et la sécurité des données, la vérification de la qualité des données, le codage des données et l'anonymisation/dé-identification des extraits cités.	✓
S15	Techniques pour améliorer la fiabilité	<ul style="list-style-type: none"> – Procédure par laquelle les inférences, les thèmes, etc., ont été identifiés et développés, y comprenant l'implication des chercheurs dans l'analyse des données. – Généralement, besoin de se référer à un paradigme ou à une approche spécifique. – Justifications 	✓ ✓ ✓

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.	✓
S17	Liens avec des données empiriques	Éléments exploitant les résultats (ex. citations, notes de terrain, extraits de texte, photographies).	✓

Discussion

S18	Mise en perspective avec des travaux antérieurs, implications, transférabilité et contribution(s) au domaine d’étude	– Bref résumé des principaux résultats	✓
		– Explication de la manière avec laquelle les résultats et les conclusions sont en lien, soutenir, élaborer ou récuser 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 corps de connaissances dans une discipline ou un domaine	✓
S19	Limites	Fiabilité et limites des résultats	✓

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.	✓
S21	Financement	– Sources de financement et autres soutiens.	✓
		– Rôle du financier dans le recueil des données, l’interprétation et la rédaction des résultats.	✓

Annexe 8 : Verbatim

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

Annexe 9 : Extrait du livre de codage

NVIVO

Thèse.nvp

Accès rapide

IMPORTER

Données

- Fichiers
- Classifications du fichier
- Alias

ORGANISER

Encodage

- Codes
- Sentiment
- Relations
- Types de relation

Cas

- Cas
- Classifications de cas

Commentaires

- Mémos
- Matrices à condensés
- Annotations
- Liens à

Ensembles

FichierDébutImporterCréerExplorerPartagerModules

Codes

Rechercher Projet

	Fichi	Référ	Crée	Crée	Modi	Modi
Nom						
c'est le traitement qui m'a fait prendre du poids	2	4	01/0	CH	05/0	CH
ce combat n'était pas le mien	1	1	01/0	CH	01/0	CH
faire ce programme c'est accepter d'y consacrer du temps	1	1	05/0	CH	05/0	CH
Il faut pouvoir se sentir bien avec soi-même, être bienveillant envers soi-même	1	1	08/0	CH	08/0	CH
il faut être malade pour faire le programme et l'obésité n'est pas une maladie	1	1	05/0	CH	05/0	CH
j'accumule les problèmes de santé	8	20	01/0	CH	13/0	CH
j'ai besoin d'aller mieux en général	7	12	01/0	CH	09/0	CH
j'ai besoin d'avoir un aval médical	3	3	01/0	CH	09/0	CH
j'ai besoin d'un traitement pour maintenir mon poids	1	1	12/0	CH	12/0	CH
J'ai besoin d'être accompagnée	3	3	05/0	CH	13/0	CH
j'ai besoin d'être active	1	1	05/0	CH	05/0	CH
j'ai besoin d'être en confiance avec les gens	1	4	06/0	CH	06/0	CH
j'ai besoin d'être entendue	1	1	01/0	CH	01/0	CH
j'ai besoin d'être soutenue et accompagnée pour perdre du poids	7	23	01/0	CH	13/0	CH
j'ai besoin d'être écouté	1	2	09/0	CH	09/0	CH
j'ai besoin de bienveillance	3	15	06/0	CH	09/0	CH
j'ai besoin du lien social	1	5	09/0	CH	11/0	CH
j'ai besoin qu'on me force à faire les choses	1	7	10/0	CH	09/0	CH
j'ai besoin que l'on m'aide	3	8	06/0	CH	13/0	CH
j'ai changé de vie	1	1	06/0	CH	06/0	CH
j'ai conscience de vieillir	2	2	06/0	CH	05/0	CH

AUTEURE : Nom : HUYGHE

Prénom : Clémence

Date de soutenance : 07 novembre 2024

Titre de la thèse : Motivations à la participation à un programme d'éducation thérapeutique chez les personnes vivant avec l'obésité

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Thèse d'exercice

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : obésité, éducation thérapeutique, motivations

Résumé :

Contexte : L'obésité est une maladie chronique fréquente et un facteur de risque pour de nombreuses maladies notamment cardiovasculaires. Sa prise en soin, devant être pluridisciplinaire, peut se faire via les programmes d'éducation thérapeutique qui ont démontré leur efficacité.

Cette étude vise à mieux comprendre les motivations à la participation à un programme d'éducation thérapeutique chez les personnes vivant avec l'obésité, en croisant les regards des médecins généralistes et des patients, afin d'améliorer la présentation de l'éducation thérapeutique en consultation.

Méthode : Cette étude qualitative a été inspirée de la théorisation ancrée. 10 entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de personnes suivant un programme d'ETP pour l'obésité à Préval, à Coudekerque-Branche. Une triangulation a été réalisée.

L'analyse en regards croisés des patients et des médecins généralistes a permis d'obtenir une modélisation commune.

Résultats : Le vécu de l'obésité est difficile sur le plan psychologique, physique et sociétal. Les personnes vivant avec l'obésité recherchent dans l'ETP une prise en soin gratuite et pluridisciplinaire, ainsi qu'un accompagnement et une écoute qu'elles ne retrouvent pas toujours dans la prise en soin médicale.

Conclusion : Afin de mieux prendre en soin l'obésité, il faut comprendre le parcours de vie difficile des personnes vivant avec l'obésité. L'éducation thérapeutique permet à ces personnes d'avoir un accompagnement et une prise en soin globale, répondant à toutes les problématiques qu'elles peuvent rencontrer.

Composition du Jury :

Président : Pr MESSAADI Nassir

Assesseure : Dr N'DOLI Océane

Directeur de thèse : Dr LISEMBARD Gabrielle