



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

GRIER Clémence

Présentée et soutenue publiquement le 03/10/2019

EVALUATION DES MOTIFS D'INTERRUPTION TEMPORAIRE OU DEFINITIVE
D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THERAPEUTIQUE, DISPENSÉ EN
AMBULATOIRE, CHEZ DES PATIENTS OBÈSES.
UNE ÉTUDE QUALITATIVE DANS LE BASSIN D'ISSOIRE

Directeur de thèse : Madame TRÉFOND Jérôme, Docteur, médecin généraliste
Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur BOIRIE Yves, Professeur, UFR de Médecine et des
Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, UFR de Médecine
et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des professions
paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame ROCHE Marie-Claude, Docteur, AFRET, Issoire



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

GRIER Clémence

Présentée et soutenue publiquement le 03/10/2019

EVALUATION DES MOTIFS D'INTERRUPTION TEMPORAIRE OU DEFINITIVE
D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THERAPEUTIQUE, DISPENSÉ EN
AMBULATOIRE, CHEZ DES PATIENTS OBÈSES.
UNE ÉTUDE QUALITATIVE DANS LE BASSIN D'ISSOIRE

Directeur de thèse : Madame TRÉFOND Jérôme, Docteur, médecin généraliste
Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur BOIRIE Yves, Professeur, UFR de Médecine et des
Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, UFR de Médecine
et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des professions
paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame ROCHE Marie-Claude, Docteur, AFRET, Issoire



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre
: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES:

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M.AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M.LABBE André	Pédiatrie
M.AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M.BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M.POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M.CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M.BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique

M.GILAIN Laurent
M.LEMAIRE Jean-Jacques
M.CAMILLERI Lionel
M.DAPOIGNY Michel
M.LLORCA Pierre-Michel
M.PEZET Denis
M.SOUWEINE Bertrand
M.BOISGARD Stéphane
M.CONSTANTIN Jean-Michel
Mme DUCLOS Martine
M.SCHMIDT Jeannot

O.R.L.
Neurochirurgie
Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Psychiatrie d'Adultes
Chirurgie Digestive
Réanimation Médicale
Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Physiologie
Thérapeutique

PROFESSEURS DE
1ère CLASSE

M.DECHELOTTE Pierre
M.CAILLAUD Denis
M.VERRELLE Pierre
M.CITRON Bernard
M.D'INCAN Michel
Mme JALENQUES Isabelle
Mle BARTHELEMY Isabelle
M.GARCIER Jean-Marc
M.GERBAUD Laurent

Anatomie et Cytologie Pathologique
Pneumo-phtisiologie
Radiothérapie option Clinique
Cardiologie et Maladies Vasculaires
Dermatologie -Vénérologie
Psychiatrie d'Adultes
Chirurgie Maxillo-Faciale
Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
Epidémiologie, Economie de la Santé
et Prévention

M. SOUBRIER Martin
M. TAUVERON Igor
M. MOM Thierry
M. RICHARD Ruddy
M. RUIVARD Marc
M. SAPIN Vincent
M. BAY Jacques-Olivier
M. BERGER Marc
M. COUDEYRE Emmanuel
Mme GODFRAIND Catherine
M. ROSSET Eugénio
M. ABERGEL Armando
M. LAURICHESSE Henri
M. TOURNILHAC Olivier
M. CHIAMBARETTA Frédéric
M. FILAIRE Marc

Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Oto-Rhino-Laryngologie
Physiologie
Médecine Interne
Biochimie et Biologie Moléculaire
Cancérologie
Hématologie
Médecine Physique et de Réadaptation
Anatomie et Cytologie Pathologiques
Chirurgie Vasculaire
Hépatologie
Maladies Infectieuses et Tropicales
Hématologie
Ophtalmologie
Anatomie – Chirurgie Thoracique et
Cardio-Vasculaire
Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Hygiène Hospitalière
Médecine Interne
Bactériologie, Virologie
Biophysique et Médecine Nucléaire
Physiologie
Anesthésiologie-Réanimation
Néphrologie
Cardiologie
Pharmacologie Clinique

M. GALLOT Denis
M. GUY Laurent
M. TRAORE Ousmane
M. ANDRE Marc
M. BONNET Richard
M. CACHIN Florent
M. COSTES Frédéric
M. FUTIER Emmanuel
Mme HENG Anne-Elisabeth
M. MOTREFF Pascal
Mme PICKERING Gisèle

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
----------------------------	-------------------

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

***MAITRES DE CONFERENCES
HORS CLASSE***

Mme CHAMBON Martine
Mme BOUTELOUP Corinne

Bactériologie Virologie
Nutrition

***MAITRES DE CONFERENCES DE
1ère CLASSE***

M. MORVAN Daniel
Mlle GOUMY Carole
Mme FOGLI Anne
Mlle GOUAS Laetitia
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mlle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien
Mlle MIRAND Andrey
M. OUCHCHANE Lemlih

Biophysique et Traitement de l'Image
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication

M. LIBERT Frédéric
Mlle COSTE Karen
M. EVRARD Bertrand
Mlle AUMERAN Claire
M. POIRIER Philippe
Mme CASSAGNES Lucie
M. LEBRETON Aurélien

Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Immunologie
Hygiène Hospitalière
Parasitologie et Mycologie
Radiologie et Imagerie Médicale
Hématologie

***MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE***

Mme PONS Hanaë
M. JABAUDON-GANDET Matthieu
M. BOUVIER Damien
M. BUISSON Anthony
M. COLL Guillaume

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction
Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
Biochimie et Biologie Moléculaire
Gastroentérologie
Neurochirurgie

Mme SARRET Catherine
M. MAQDASY Salwan

Mme NOURRISSON Céline

Pédiatrie
Endocrinologie, Diabète et Maladies
Métaboliques
Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte
Mme VAURS-BARRIERE Catherine
M. BAILLY Jean-Luc
Mlle AUBEL Corinne
M. BLANCHON Loïc
Mlle GUILLET Christelle
M. BIDEY Yannick
M. MARCHAND Fabien
M. DALMASSO Guillaume
M. SOLER Cédric
M. GIRAUDET Fabrice
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène
Mme LAPORTE Catherine
M. LOLIGNIER Stéphane
Mme MARTEIL Gaëlle
M. PINEL Alexandre

Biophysique et Traitement de l'Image
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie Virologie
Oncologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Nutrition Humaine
Oncogénétique
Pharmacologie Médicale
Bactériologie
Biochimie Biologie Moléculaire
Biophysique et Traitement de l'Image
Médecine Générale
Médecine Générale
Neurosciences – Neuropharmacologie
Biologie de la Reproduction
Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles
M. BERNARD Pierre
Mme ESCHALIER Bénédicte
Mme RICHARD Amélie

Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Yves **BOIRIE**,

Merci de me faire l'honneur d'être le président de cette thèse. Recevez l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Laurent **GERBAUD**,

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Professeur Philippe **VORILHON**,

Je vous suis reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ma thèse. Recevez mes remerciements pour votre investissement dans la formation des internes de médecine générale de Clermont-Ferrand.

A Madame le Docteur Marie-Claude **ROCHE**,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de m'avoir permis de réaliser cette thèse au sein de l'AFRET. Merci pour vos précieux conseils. Votre passion m'a permis de comprendre l'importance de l'éducation thérapeutique du patient et de changer mon regard sur l'obésité et sur ma profession de médecin. Soyez assurée de mes remerciements sincères et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Jérôme **TREFOND**,

Je te remercie d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse et de m'avoir permis de réaliser ce travail, malgré une grossesse et la venue d'un nouveau-né. Merci de ta disponibilité et de tes conseils éclairés. Sois assurée de ma profonde estime.

A Madame Joëlle **CHOSSIERE**,

Merci de m'avoir permis d'observer les ateliers de l'AFRET, ton dynamisme et ton professionnalisme m'ont beaucoup appris. Reçois toute ma reconnaissance.

A tous **les patients** qui ont accepté de participer à cette étude et se sont confiés, parfois avec émotions, sur leur histoire. Leurs témoignages m'ont ouvert les yeux et ont fait évoluer ma pratique. Merci pour votre accueil et votre sincérité.

A tous les médecins généralistes et spécialistes que j'ai rencontrés pendant mon parcours, en particulier Ludivine et François (Brioude me manque !), Philippe, Patrick, Fred et Marie. Leurs conseils et leur professionnalisme ont permis de me conforter dans l'idée que ce métier est passionnant. Merci à Anne, ma tutrice, dont j'admire le dynamisme et la pédagogie, à Marylène et à toute l'équipe de Solidarité Santé 63, avec qui j'ai apprécié travailler auprès des plus précaires, aux équipes des urgences de Thiers, de pédiatrie d'Estaing et de médecine d'Issoire et à celle de l'AFRET, merci pour toutes les connaissances apportées par chacun de vous.

A mes parents, qui m'ont soutenue dans ce long parcours et m'ont fait confiance.

A mes frères et sœurs et à leurs pièces rapportées. Maga, Calou, merci d'avoir fait des neveux et nièces qui respirent la joie de vivre ; Bulle, merci de m'avoir permis de décompresser à « l'Anecdote » ; Marie, merci pour ta relecture, tes appels et tes petits plats lors de tes visites surprises !

Merci à mes amis du Sud Est d'y être toujours, les visites dans le Sud sont toujours chaleureuses (et pas seulement grâce au soleil !) : à Mélanie et Sofia, avec qui l'aventure a commencé ; à Sylvie, toujours là pour me changer les idées et à tous les autres pour leur bonne humeur ! A la bande de guedins, ça y est, le jour J est arrivé !

Merci aux amies médecins éparpillées dans toute la France après l'internat : Blandine, Flore, Florence... Promis j'irai vous voir dans vos contrées lointaines et moins lointaines !

Merci aux co-internes clermontois, notamment Charlotte, pour m'avoir fait découvrir la vie clermontoise. A Amélie, Marine et Anne pour la vie syndicale.

Un grand merci aux colocs de Clermont et de Creuse de m'avoir supportée, amusée, motivée, aidée : Lulu, Cécile, Guidu (le presque coloc !) et tous les autres !

Et bien sûr, un immense merci à Kevin, mon berger préféré, qui est là depuis le début... 10 ans cette année... Et l'aventure continue !

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	10
LISTE DES ABREVIATIONS	14
INTRODUCTION.....	15
MATERIEL ET METHODES	20
1. Objectifs de l'étude	20
2. La méthode qualitative.....	20
3. Choix des entretiens semi directifs	20
4. Elaboration de la grille d'entretien.....	20
5. Population étudiée.....	21
5.1 Réalisation de l'échantillonnage	21
5.2 Critères d'inclusion	21
5.3 Critères de non-inclusion	21
6. Recueil de données	22
7. Retranscription et analyse	22
RESULTATS	23
1. Caractéristiques de l'échantillon.....	23
2. Résultats.....	23
2.1 Motifs d'interruption	23
2.1.1 Le contenu des ateliers	23
2.1.2 Le format des ateliers	25
2.1.3 Une maladie parfois négligée.....	28
2.1.4 Choix de ne pas participer à un atelier	29
2.1.5 Des facteurs indépendants de leur volonté.....	29
2.2 Une amélioration globale du vécu avec la maladie.....	30
2.2.1 L'effet bénéfique du groupe.....	30
2.2.2 Impact sur le comportement alimentaire	32
2.2.3 Activité physique.....	35
2.2.4 Impact sur l'image et l'estime de soi.....	36
2.2.5 Activités parallèles	37
2.2.6 Propositions.....	38
ANALYSE ET DISCUSSION.....	40
1. Synthèse	40
2. Forces et Limites de l'étude	40
3. Comparaison avec la littérature actuelle	41
4. Implication pour la pratique et la recherche.....	49
CONCLUSION	51

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	52
ANNEXES	57
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	61

LISTE DES ABREVIATIONS

AFRET : Association pour la Formation et la Recherche en Education Thérapeutique

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

ETP : Education thérapeutique du patient

IMC : Indice de Masse Corporelle

IPCEM : Institut de Perfectionnement en Communication et Éducation Médicales

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HTA : Hypertension Artérielle

LS : Littératie en Santé

Loi HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales

INTRODUCTION

L'obésité est une maladie chronique évolutive caractérisée par un excès de masse grasse qui peut nuire à la santé. Elle est définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30kg/m². Avec 39% d'adultes en surpoids et 13% de personnes obèses dans le monde en 2016 (1), l'obésité est devenue un problème majeur de santé publique, notamment dans les pays en voie de développement où la prévalence est en forte augmentation. L'étude ESTEBAN (2) indique qu'en 2015, en France, 49% de la population est en excès de poids dont 17% de personnes obèses. Avec 2.8 millions de décès par an dans le monde, l'obésité est aujourd'hui la cinquième cause de mortalité (3).

Les causes et les mécanismes biologiques de cette pathologie multifactorielle font l'objet de recherches depuis plusieurs années et sa prise en charge est complexe et pluridisciplinaire. Des facteurs psychologiques, avec parfois des troubles du comportement alimentaire pouvant être secondaires à une restriction cognitive (4), ont un rôle important dans la prise pondérale. Des facteurs génétiques interviennent également dans la constitution de l'obésité. Enfin, d'autres facteurs paraissent impliqués tels que des facteurs sociétaux, les habitudes familiales ou encore l'arrêt du tabac, une consommation d'alcool modérée, la privation de sommeil, la composition du microbiote intestinal, certains médicaments ou des dérèglements hormonaux.

L'obésité est un facteur de risque de nombreuses pathologies (5). Elle peut être responsable de pathologies métaboliques, cardio-vasculaires, respiratoires, digestives, rhumatologiques, cancéreuses, cutanées. Les conséquences psychologiques et sociales sont nombreuses. Elles sont le plus souvent liées ou aggravées par la stigmatisation de la personne obèse qui, dans notre société actuelle fondée sur le « culte de la minceur », est victime de discriminations ou de représentations sociales négatives. Elles sont également parfois liées à la restriction cognitive qui leur est imposée, majorant les troubles psychologiques et la prise de poids, créant ainsi un cercle vicieux (4).

Les maladies chroniques sont définies par le Haut Conseil de la Santé Publique comme un état pathologique physique, psychologique et/ou cognitif, d'une ancienneté minimale de 3 mois, ayant un retentissement majeur sur la vie quotidienne du patient (6). Elles sont responsables de décès mais également de handicap et de détérioration de qualité de vie et nécessitent un suivi à long terme. Les maladies chroniques nécessitent souvent un changement de

comportement et parfois un traitement quotidien. Les missions du MG sont variées, allant de la prévention à l'adaptation du traitement et la prise en charge des complications, en passant par le suivi et l'éducation du patient. (7) Or, des études montrent que les MG se sentent souvent démunis ou insatisfaits dans la prise en charge de l'obésité. Ils se trouvent en effet mal formés, isolés, devant une situation vouée à l'échec (8), ou encore devant une pathologie pas assez « noble » à prendre en charge (9).

Aujourd'hui la prise en charge de l'obésité est complexe. Plusieurs acteurs interviennent notamment les MG, diététiciens, nutritionnistes et les éducateurs en activité physique adaptée. Enfin, en dernier recours et devant les échecs répétés des régimes les patients se tournent souvent vers la chirurgie bariatrique (10). La prise en charge de l'obésité est donc pluridisciplinaire et globale et repose sur les modifications thérapeutiques du mode de vie et sur la dimension psychologique de la pathologie (11).

En France, l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques est devenue une priorité et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est intégrée dans les pratiques professionnelles de santé et est obligatoire dans la formation médicale grâce aux recommandations de la HAS de juin 2007 (12). L'ETP est inscrite dans le droit français dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 appelée aussi loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » (13). Elle est définie dans le rapport de l'OMS-Europe de 1998 (14): il s'agit « d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. C'est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient comprenant des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient ». L'objectif de l'ETP est donc de donner au patient les outils cognitifs, motivationnels et techniques de gestion de sa maladie, en partenariat avec une équipe de soins, en prenant en compte son contexte de vie, sa représentation et le degré d'acceptation de la maladie, sa culture en santé et ses capacités cognitives (15), dans le but de retarder les complications, réduire sa dépendance et renforcer son sentiment d'auto-efficacité (16) pour vivre mieux au quotidien avec sa maladie.

L'ETP paraît être une des solutions dans la prise en charge de l'obésité par son côté pluridisciplinaire, elle est d'ailleurs considérée comme la pierre angulaire de la prise en

charge de cette pathologie dans le Plan Obésité 2010-2013 (17). L'amélioration de la qualité de vie des patients obèses est un objectif particulièrement important dans cette maladie encore stigmatisée qui impacte les patients sur le plan physique, psychologique, social et économique. Les travaux de Golay et al (18) montrent que chez des patients obèses ayant suivi un programme multidisciplinaire (activité physique, éducation nutritionnelle et TCC), la perte de poids obtenue était maintenue à 5 ans chez 45% des patients. On peut également citer l'étude de Teixeira et al (19) qui a mis en évidence qu'un programme éducatif proche des TCC permettait une réduction pondérale à un an supérieure au groupe témoin ($7,3 \pm 5,9\%$ vs $1,7 \pm 5\%$) en associant des contraintes diététiques souples, une réduction des obstacles à l'exercice physique et la diminution de l'alimentation émotionnelle. Une revue de la littérature de 2005 à 2010 d'Albano et al (20) a permis de montrer l'effet positif de l'ETP sur les connaissances et le développement des capacités d'auto-soins des patients à propos de l'activité physique et de la nutrition. Une autre synthèse de la littérature, de Lang et Froelicher montre l'importance des interventions comportementales sur la perte de poids (21).

L'Association pour la Formation et la Recherche en Education Thérapeutique (AFRET) de la ville d'Issoire, dans le Puy de Dôme est une association loi 1901 qui propose un programme d'ETP pour « les patients présentant des pathologies majorant leur risque cardio-respiratoire » comprenant un bilan éducatif individuel, puis 5 à 7 ateliers de deux heures, suivis d'une séance de groupe à 6 mois ou un an permettant de refaire le point sur la situation des patients.

Le programme VITAL-Obésité existe depuis 2017. Il débute par un bilan éducatif puis 6 ateliers sont proposés, au rythme d'un atelier par semaine, animé par un binôme. L'AFRET a orienté son programme sur ce qu'il y a autour de la prise alimentaire et sur le bien-être des patients. Ainsi, les réflexions sont tournées vers les sensations alimentaires, le plaisir et la façon de manger, les émotions, l'estime de soi et l'importance de l'activité physique, dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie des patients.

- Le bilan éducatif partagé reprend le vécu du patient, son rapport avec l'alimentation et son état psychologique. Le patient se fixe des objectifs. Il est également informé des activités proposées en parallèles de l'AFRET (activité physique adaptée, atelier de cuisine pédagogique, sophrologie, groupe de parole).
- L'atelier « Le poids du poids » permet de poser et partager le vécu du poids de chacun à l'aide d'un exercice de photo-expression puis les patients racontent les différents

régimes réalisés et le résultat de ces derniers. L'objectif est de déconstruire l'idée des régimes. Un travail sur « Illustrer l'estomac » est à faire pour la séance suivante.

- L'atelier « A tout sens » reprend les travaux faits par les patients autour du thème de l'estomac puis sont abordés les relations entre estomac et sensations alimentaires et cerveau et estomac. Un exercice pratique à l'aide d'estomacs en tissu permet ensuite au patient de comprendre la notion de trop plein, de satiété et de rassasiement. La séance se termine par une dégustation de chocolat « en pleine conscience » et la notion de plaisir est abordée.
- Le « Repas pédagogique » permet aux patients d'identifier la sensation de satiété, de rassasiement, voire de trop plein et de manger en pleine conscience. Les consignes pendant le repas sont de mastiquer le plus longtemps possible en comptant le nombre de mastication et de poser les couverts entre chaque bouchée.
- L'objectif de l'atelier « Petits pas, petits pas, petits pas » est de faire bouger les patients et de les faire réfléchir sur l'activité physique grâce à un parcours pédestre où les patients trouvent des papiers sur lesquels sont notées des questions en rapport avec l'activité physique.
- L'atelier « Arc-en-ciel et Carlos » se déroule en 2 parties avec un ostéopathe puis une psycho-esthéticienne. L'objectif est de travailler sur le toucher afin de mobiliser les capacités perceptives et attentionnelles des patients pour un autre rapport au corps et de découvrir les couleurs qui les mettent en valeur.
- L'atelier de synthèse « Et moi, et moi, et moi » met en avant l'importance du lâcher prise, les patients doivent réfléchir à ce qui les empêche d'avancer. Une séance de relaxation leur fait découvrir des méthodes permettant de lâcher prise. Un bilan final reprend les objectifs initiaux et finaux de chaque patient.

Certains patients ne terminent pas les programmes d'ETP. Or, du point de vue du professionnel de santé, on peut s'interroger sur ces patients « perdus de vue » et sur leurs motifs d'interruption. Nous avons émis l'hypothèse que ces arrêts pouvaient être involontaires, liés à des imprévus, ou volontaires, posant la question de la pertinence ou de

l'efficacité du programme interrompu. L'arrêt prématuré du programme a comme conséquence la diminution des subventions des associations. Pourtant, l'interruption d'un programme ou le choix de ne pas participer volontairement à certains ateliers ne fait-il pas parti d'un processus éducatif, dans lequel le patient prend le temps qu'il souhaite et décide de ce qui l'intéresse ou qu'il estime important d'apprendre à un moment donné?

Dans notre étude, nous explorerons les motifs d'interruption temporaire ou définitive d'un programme d'ETP réalisé en ambulatoire chez des patients obèses. L'objectif secondaire sera d'évaluer si malgré une participation incomplète au programme d'ETP, ces ateliers ont eu un impact sur ces patients.

MATERIEL ET METHODES

1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de déterminer les motifs d'interruption temporaire ou définitive d'un programme d'ETP ambulatoire portant sur l'obésité. L'objectif secondaire est de rechercher un impact malgré l'interruption de ce programme.

2. La méthode qualitative

Pour cette étude, nous avons choisi la méthode qualitative exploratoire. En effet, cette méthode, issue des sciences humaines, permet de comprendre les phénomènes dans leur contexte naturel (22). Elle ne cherche pas à quantifier ou mesurer mais à obtenir des données verbales puis à les interpréter. Elle cherche à répondre aux questions « Pourquoi » et « Comment » et permet d'explorer les sentiments et émotions du patient, ses comportements et ses expériences personnelles (23).

Dans notre étude, l'exploration de l'histoire des patients ou de leur vécu des ateliers nous permet de comprendre les raisons de l'interruption de ces patients, qu'elles soient volontaires ou non et entraînant un arrêt définitif des ateliers ou non.

3. Choix des entretiens semi directifs

Plusieurs techniques d'entretiens existent en recherche qualitative : le focus groupe ou les entretiens individuels.

Nous avons choisi ici la méthode d'entretien individuel pour que les patients puissent s'exprimer en confiance, le groupe pouvant être un des motifs d'interruption dans notre étude. La confidentialité et l'attitude bienveillante et empathique de la chercheuse permettent aux patients de s'exprimer librement et en profondeur.

Ces entretiens ont été menés de façon semi-directive, c'est-à-dire guidés par une grille d'entretien avec des questions ouvertes.

4. Elaboration de la grille d'entretien

La grille d'entretien semi-directif (ou semi-structuré) a été conçue à partir de la question de recherche avec la directrice de thèse et la présidente de l'AFRET. Elle reprend les thèmes à

aborder que sont: l'histoire et les antécédents de prise en charge du poids, la façon dont les patients ont découvert l'association et comment elle leur a été présentée, le vécu et les ressentis du bilan éducatif et des ateliers, les raisons qui font qu'ils n'ont pas participé à tous les ateliers, les impacts des ateliers sur la maladie et la qualité de vie, les améliorations à proposer et leur avis sur une reprise potentielle (annexe I).

Cette grille d'entretien a évolué au fur et à mesure des entretiens. Les trois premiers entretiens ont servi de test. Des sous-thèmes permettaient de relancer les patients ou d'approfondir la question.

Des données sociodémographiques étaient également recueillies en amont des entretiens afin d'obtenir un échantillon en recherche de variation maximale, faisant la qualité des études qualitatives (annexe II).

5. Population étudiée

5.1 Réalisation de l'échantillonnage

Les patients éligibles ont été contactés grâce au registre de l'association. Un rendez-vous leur été fixé pour un entretien individuel après présentation de la chercheuse et information de l'objectif de l'étude.

Les critères de diversité portaient sur l'âge, le sexe, le niveau socioprofessionnel, le score de qualité de vie mesuré avec le questionnaire SF36 et le score de précarité mesuré avec le questionnaire EPICES, tous deux réalisés lors du premier entretien à l'AFRET, le nombre d'ateliers réalisés à l'AFRET, la distance entre leur domicile et l'AFRET, leur possibilité d'être véhiculé, la présence ou non d'un entourage motivant pour les démarches concernant le poids, et leur antécédents notamment de chirurgie bariatrique.

5.2 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient d'être majeur, avoir fait au moins le bilan éducatif à l'AFRET dans le cadre du programme Obésité et ne pas avoir fait le programme en entier.

5.3 Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion étaient les personnes ne parlant pas français ou ayant des difficultés de compréhension (troubles cognitifs...).

6. Recueil de données

Les consentements écrits ont été récupérés lors des bilans éducatifs, les données récupérées ont été anonymisées et une déclaration à la CNIL a été faite.

Tous les entretiens ont été menés entre mai et juillet 2019 au domicile des patients, sauf deux : l'un a été réalisé par Skype, à la demande de la patiente et l'autre au cabinet de kinésithérapie de la patiente. Les patients ont été interrogés par la chercheuse principale de l'étude, présentée comme chercheuse indépendante de l'AFRET.

Les patients signaient en début d'entretien un formulaire d'information et de consentement (annexe III) signalant que leur participation était bénévole, que l'entretien était enregistré, confidentiel et anonymisé et que leur réponse n'influencerait pas leur prise en charge. Nous remplissions ensuite ensemble la fiche de renseignements avec les informations sociodémographiques et les antécédents.

Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone numérique et un smartphone. Ils ont été réalisés à l'aide de la grille d'entretien et de questions ouvertes, avec la possibilité pour le chercheur de relancer ou approfondir certains points. A la suite de l'entretien, le ressenti global, le cadre et les idées nouvelles étaient notées afin de mémoriser l'ambiance et les aspects non verbaux du moment.

7. Retranscription et analyse

La retranscription de chaque entretien a été faite mot à mot, dans sa totalité. L'analyse s'est faite au fur et à mesure, dès le premier entretien, selon la méthode de la théorisation ancrée. Les données se rapportant au sujet de recherche ont été identifiées et sont codées par thèmes et sous-thèmes, révélés par l'analyse des entretiens successifs. L'analyse a été faite de façon manuelle à l'aide d'un tableur Excel. Les thèmes n'étaient pas connus à l'avance, ils sont apparus au fur et à mesure des analyses. Pour une triangulation des données, deux chercheurs ont réalisés le codage de façon indépendante avant de recouper leurs analyses.

RESULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

La saturation des données a été obtenue après 13 entretiens, 3 entretiens supplémentaires ont été réalisés. Les entretiens ont duré entre 18 minutes et 1 heure et 51 minutes, la durée moyenne est de 41 minutes.

L'échantillon est composé de 11 femmes et 5 hommes, dont l'âge varie entre 22 et 73 ans, avec un âge moyen de 55 ans. Sept patients ont fait entre 1 et 3 ateliers, huit patients en ont fait 4 ou 5, sur les 6 ateliers proposés. Une patiente a fait tout le programme en plusieurs fois, en rattrapant les séances manquées. Cinq patients sur les 16 avaient un emploi, les autres étaient soit retraités, soit en invalidité (annexe IV).

2. Résultats

2.1 Motifs d'interruption

2.1.1 Le contenu des ateliers

➤ Des attentes différentes par rapport au programme

Certains patients étaient déçus du contenu des ateliers qui ne répondaient pas à leurs propres objectifs.

La perte de poids : plusieurs patients étaient insatisfaits du programme car il n'avait pas pour objectif principal une perte de poids, alors que c'était pour eux une forte attente initiale.

« J'attendais de perdre du poids, des conseils, pour mieux gérer une alimentation plus équilibrée. » (P5)

« Ben ce que j'en attends, c'est perdre du poids déjà. » (P6)

« Sinon, moi, le coup de l'AFRET, ça m'a rien fait de... absolument rien. C'est pas ça qui m'a fait, c'est pas ça qui m'a fait maigrir ! » (P8)

« Bien sûr, alors ils sont tous maintenant anti-régimes, anti ça, mais on vous dit pas trop ce qu'il faut faire je trouve. » (P15)

Les activités proposées : Certains rapportaient un désir d'activité physique adapté ou de cours de cuisine ou même pour faire simplement des rencontres.

« Je pensais qu'effectivement qu'on allait heu... Un peu comme ce que j'avais connu à Emile Roux heu, me proposer des activités physiques adaptées ». (P13)

« Je m'étais mis dans la tête que j'allais apprendre à faire la cuisine diététique [...] et trouver une copine. » (P8)

Pour quelques-uns, cette discordance dans les objectifs pouvait être le résultat d'une mauvaise communication de la part des professionnels partenaires qui orientaient les patients vers le programme d'ETP.

« Ben c'est la... la diététicienne. [...] C'est un machin pour maigrir. [...] Elle m'a dit « Vous avez qu'à aller faire les ateliers, vous allez peut-être trouver une copine ! » » (P8)

« Qui est ce qui m'en a parlé... C'était le cardiologue ! [...] Alors donc bon, il m'a pas vraiment expliqué » (P15)

➤ **Une mauvaise compréhension de la finalité des ateliers**

Des messages trop abstraits : certains patients ne voyaient pas l'intérêt des ateliers, parfois parce qu'ils étaient trop imagés, pas assez explicites.

« Moi me montrer des estomacs en tissus... pour me dire votre estomac il est comme ça c'est ce que j'appelle trop réaliste parce que c'est vrai que, bah oui mais ça change quoi, ça change quoi à MON problème? Voilà... Après le lâcher prise je suis persuadée que ça parle pas à tout le monde hein. La balle qu'on ne peut pas attraper par rapport à ce qu'on vit... » (P13)

« Ca je ne sais pas trop ce que ça voulait dire, je ne vois pas le... Moi je suis assez terre à terre, alors je vois pas trop le... Je suis la simplicité même (rires) » (P15)

Des ateliers infantilisants : certains patients trouvaient les ateliers trop enfantins.

« C'est marrant pour des débutants dans le régime. Moi, ça m'amuse plus. Moi je veux du concret, pas des dessins. » (P12)

« Pff, on avait fait un jeu de piste à chercher des conneries, chercher des... Comme les gamins ! Alors bon, non. » (P8)

Un manque d'intérêt : quelques-uns trouvaient que la discussion ne leur apportait rien.

« On parlait de nos malheurs en fait. Les bonnes femmes qui... C'est vrai que c'était pas intéressant du tout. Moi ça m'a pas accroché du tout » (P8)

➤ **Message contraire aux croyances des patients**

Une patiente a eu l'impression de ne pas être écoutée lors d'une discussion avec une intervenante avec qui elle était en désaccord, peut-être par manque d'explications. Le message ne correspondait pas à ses croyances, elle n'était pas prête à l'entendre.

« Et moi je dis « ben je suis désolée, je ne suis pas d'accord avec la tournure de cette phrase, c'est pas le régime en lui-même qui vous fait grossir mais l'arrêt du régime ». Et là, la dame qui présentait, je ne sais pas si je l'ai peut être mal pris, mais elle m'a dit « Non mais vous croyez qu'on a tous les moyens de continuer un régime à vie » ? [...] Ca m'a soulé parce que moi j'étais là justement pour parler, pour avoir la liberté d'expression et au final on me l'a refusé quoi »(P1).

2.1.2 Le format des ateliers

➤ **Le groupe : une expérience ambivalente**

Si la plupart des patients trouve un intérêt bénéfique au groupe, ils ont aussi pu être freiné ou mal à l'aise dans certaines situations.

• **Le renvoi d'une image négative de soi-même**

Des patients n'ont pas supporté de se retrouver parmi des personnes obèses, cela leur renvoyant une image d'eux-mêmes psychologiquement mal acceptée.

« Je suis une personne malade, de l'obésité, et je n'ai pas supporté d'être en présence de personnes obèses. Donc en fait on était sur une table, et j'ai pas arrêté de me demander si lui était plus gros que moi ou moins gros euh... je pense que moi j'étais plus grosse, je cherchais qui était le plus gros et si c'était moi. Et je pense que c'était moi.[...]Et je le supportais de moins en moins et j'ai été de plus en plus agressive.[...] J'aime pas être avec des gens obèses. J'ai aucune image de moi, quand je me vois ça me va très bien. Voilà, me retrouver entourée de gros, ça peut pas aller.» (P4)

« Ben eux ils ont pris du poids en vieillissant, toi t'es déjà là alors que t'es pas vieille. Il se passe quoi en fait ? » C'est un peu perturbant !» (P1)

Plusieurs ont rapporté l'importance de la morphologie des intervenants.

« C'est insupportable de parler d'obésité avec des gens qui sont maigres et en blouse. Au CHU je l'avais très mal vécu. » (P4)

« On est deux mondes différents, le monde des maigres et le monde des gros... C'est deux monde à part. T'as les gens menus, bien dans leur peau et t'as les gros... »(P12)

« J'avais rencontré une dame (NDLR : une patiente ressource) qui était là depuis à peu près cinq ans apparemment et qui à mes yeux n'avait jamais perdu un gramme (rires) donc ce n'était pas rassurant non plus... » (P1)

- **L'hétérogénéité des groupes, source de malaise**

L'âge : la différence d'âge n'a pas permis à certains patients de s'identifier aux autres.

« J'ai vu des personnes beaucoup beaucoup plus âgées que moi, j'étais la seule jeune de 22 ans, tous les autres ils avaient beaucoup plus de 40 ans donc je ne me suis pas du tout sentie à ma place déjà » (P1)

« Il y avait quand même quelques personnes très handicapées, et il y avait aussi des personnes... La différence d'âge, des personnes quand même jeune et d'autres plus âgées... Bon, j'ai pas trouvé... »(P10)

L'activité : pour un patient, le fait d'être avec des personnes inactives était source d'incompréhension du fait de problématiques différentes.

« Je me retrouve à l'AFRET avec des personnes retraitées qui ne travaillent pas et je me dis « mais on n'a pas le même problème ». Je comprends leur problème, je sais ce que c'est d'être à la maison, c'est aussi dur d'être à la maison en vacances, je prends jamais de vacances. Mais je me suis dit que je n'étais pas au bon endroit, on pouvait pas se comprendre sur tout. » (P4)

Des situations familiales différentes ou être du sexe opposé étaient aussi source de distances.

« J'ai vu aussi à l'AFRET, qu'il y a beaucoup de femmes qui venaient, qui étaient accompagnées par leurs maris dans leur vie, donc on peut pas discuter sur la même longueur car moi, je vis... tout seul, je m'autogère. » (P12)

« D'abord j'étais le seul bonhomme. »(P8)

- **Manque d'intérêt pour le vécu des autres**

Des patients ont évoqué le fait que ce que disaient les autres ne les concernaient pas ou qu'ils estimaient que leurs problèmes personnels étaient suffisamment importants pour ne pas s'intéresser à ceux des autres.

« Il y avait un couple qui avait visiblement une histoire très difficile avec un enfant. Et ils avaient géré leurs vies... mais ils étaient deux. Et on pouvait leur trouver des excuses. Il y a la

dame âgée qui était très dynamique euh... comment dire. Je savais pas où ça pouvait nous mener en fait. Euh... Je suis assez égoïste, enfin égocentrique et je pense que... Voilà. » (P4)

« Des bonnes femmes qui couinaient qu'elles étaient grosses, elles mangeaient des croissants... Attends, les bonnes femmes, elles ont rien branlé, elles sont là à manger des conneries... Alors si elles sont grosses, c'est pas de ma faute ! » (P8)

D'autres fois, c'est parce que l'expérience ou les conseils donnés par les autres patients n'étaient pas pertinents ou inintéressants d'après eux.

« Parce que, quelques fois, certaines personnes ont des expériences qu'elles voudraient que les autres suivent, on n'est pas forcé... Ce qui m'avait agacé, disons, c'est une histoire de gluten. Bon c'était la grande mode, j'avais le sentiment que c'était quand même... bon je sais qu'il y a des personnes qui sont allergiques mais il faut que ce soit prouvé quoi... J'avais un peu l'impression que... Alors si on avait écouté ce monsieur on serait tous... à faire une analyse de je ne sais quoi... » (P10)

« Il y a des gens qui étaient pas tout le temps intéressants et qui me plaisaient qu'à moitié... » (P8)

- **Difficulté à s'exprimer et à trouver sa place dans le groupe**

Certains patients se disaient de nature réservés et avaient du mal à s'exprimer devant un groupe.

« J'aime pas trop, j'aime pas trop. Autant j'étais à l'aise avec les enfants, avec les adultes... ça ne passe pas. » (P10)

« Heu, je suis assez dure, pas dure, mais j'suis heu, pour parler de, pour parler en groupe, je peine énormément à m'intégrer, pas à m'intégrer, mais à parler... Je suis assez heu comment dire, renfermée. » (P7)

L'approche psychologique des ateliers a pu renforcer cette difficulté, les patients ayant des difficultés à parler de choses profondes et intimes parfois par peur de se dévoiler.

« Je suis déjà très réservé, donc après, écoutez, bon, tout le monde a ses problèmes, donc après... » (P11)

« C'est pas évident de parler devant tout le monde euh... avec des gens qu'on connaît pas... C'était, ça m'a... ça m'a pas plu quoi, c'était intéressant qu'à moitié. » (P8)

Un patient trouvait que le groupe n'était pas motivant, notamment parce que certains patients étaient trop imposants, empêchant la parole de se libérer.

« Ca ne me motivait pas, contrairement à ce que l'on pourrait penser. Finalement, je me rends compte que je suis très individualiste, très solitaire aussi, mais j'aime ça, je n'aime pas forcément un groupe. J'ai pu constater que comme dans tous les... comme chez les groupes d'enfants aussi... Les groupes d'adultes, il y a des personnes qui monopolisent un petit peu et quelques fois, c'est un petit peu gênant dans les... pour échanger quoi ! » (P10)

➤ **Education : un terme trop scolaire**

Une patiente évoquait le fait que le terme « éducation » renvoyait à la scolarité. Cela pouvait ainsi faire référence à des expériences négatives, à une position passive d'apprenant, voire à des situations d'échec scolaire. Cette notion pouvait ainsi faire écho aux nombreux « échecs » lors de régimes ou autres prises en charge.

« Enfin l'éducation ça ramène au lycée, à l'enseignement et waouh ! » (P4).

« L'éducation c'est un mot qui fait penser à soviétique. C'est un mot qui marche très très mal. [...] Je pense que c'est pas une histoire d'éducation. Parce que... l'éducation, je vous dis... depuis l'âge de onze ans et même avant hein... » (P4)

2.1.3 Une maladie parfois négligée

Dans les entretiens, certains patients se plaignaient d'autres pathologies plus importantes et plus invalidantes selon eux et mettaient l'obésité au second plan. Ainsi, les ateliers de l'AFRET sur l'obésité n'étaient peut-être pas une priorité pour eux.

« Et puis comme j'ai d'autres problèmes et ben, je peux pas passer... Mes problèmes de genoux en ce moment sont plus... beaucoup plus prenant, beaucoup plus... Je sais bien que si j'arrivais à maigrir peut-être cela soulagerait mon genou... mais bon. » (P10)

« C'est pas spécialement le fait d'avoir trop de poids, c'est d'avoir des problèmes comme j'en ai oui... ça m'atteint le moral oui. Je me sens beaucoup diminué... ça me fait pas rire tous les jours. [...] Ma petite histoire de poumon là, j'en discuterais avec quelqu'un qui a les mêmes problèmes que moi peut être que ça me ferait du bien de discuter de trucs comme ça, de problèmes aussi. »(P3)

« Le diabète, ça j'ai pas accepté non. Je connais des gens de ma famille qui font n'importe quoi et qui vont super bien, qui sont pas malades... Donc non, j'accepte pas... »(P11)

2.1.4 Choix de ne pas participer à un atelier

Des patients ont volontairement décidé de ne pas participer à un des ateliers, pensant qu'ils n'en n'auraient pas les capacités, ou bien que l'atelier ne les concernait ou ne les intéressait pas.

Une patiente estimait ne pas avoir les capacités physiques pour l'atelier « Petits pas ».

« Vu que j'ai un kyste au genou, moi j'ai pas voulu y aller parce que je me suis dit « je vais les retarder », puis je vais pas pouvoir y aller parce que je fais énormément d'asthme... Le peu que j'aïlle déjà à l'AFRET, je soufflais comme un bœuf, j'étais obligée de prendre ma Ventoline donc je pouvais pas me permettre d'y aller. J'aurais pas pu les suivre... » (P6)

Une patiente n'était pas motivée pas la météo.

« Et l'atelier que je n'ai pas fait, c'est l'atelier marche parce que d'abord il faisait un sale temps... Alors quand j'ai vu quand j'ai vu le temps (rires), j'me suis dit «Je crois pas non !? » » (P13)

Les horaires de l'atelier repas ne convenaient pas à une patiente.

« Je mange jamais avant huit heures, huit heures et demi, le soir, ça a toujours été. C'était vers six heures je crois, le repas était prévu à six heures et moi j'ai dit, c'est pas la peine que je vienne à six heures, je mangerai pas. » (P7)

Une autre ne se sentait pas concernée, ne voyant pas ce que l'atelier repas aurait pu lui apporter.

« Puis je ne voyais pas bien ce que ça pouvait me rapporter. Parce que, on sait les calories de ci, on sait... [...] Oui alors le repas, je ne pense pas que ça m'aurait apporté grand chose. » (P15)

2.1.5 Des facteurs indépendants de leur volonté

➤ Les horaires

Dans cette étude, tous les patients interrogés qui étaient en activité n'ont pas pu réaliser le programme en entier, à cause, entre autres, des horaires tombant sur leurs heures de travail.

«Ce n'était pas pratique, ça tombait généralement tout le temps en décalé de mes postes donc fallait que je pose ma journée quoi » (P1)

« Mais les horaires, ça aurait été super compliqué. Ça correspondait pas du tout à... » (P4)

« Mais j'ai pas fait beaucoup d'ateliers c'est vrai, et puis après j'ai travaillé. » (P9)

« C'était à 17h, je leur ai dit, c'est trop tard. Je travaille. Faites-le le midi, je viens ! » (P12)

« Parce que du coup j'étais en horaires postés, et du coup il y avait des semaines où je pouvais pas. » (P14)

➤ **La distance**

La distance a pu être un motif d'interruption temporaire, notamment chez certains patients âgés qui ne conduisent plus que sur des petits trajets. De plus, parfois, des gonarthroses invalidantes rendaient la conduite difficile.

« Je pouvais pas y aller avec ma voiture » (P2)

« Mais c'était quand même très contraignant. Bon ben... Il fallait se rendre disponible ces jours là, il fallait prendre sa voiture. Et puis c'était pas à côté, il fallait conduire jusqu'à Issoire, moi j'ai de l'arthrose au genou, c'est parfois douloureux... » (P10)

➤ **Des aléas**

Des patients n'ont pas pu finir le programme pour à causes d'imprévu.

« J'avais probablement un autre rendez-vous important... » (P5)

« J'ai dû aller garder mes petits enfants. Alors j'ai un principe, mes petits enfants passent avant tout le reste. » (P10)

« Et j'avais loupé un atelier je ne me rappelle plus pourquoi... Qu'est ce qu'il y avait eu, mais c'était pas volontaire. J'avais eu un souci. » (P8)

Parfois, la maladie leur a parfois fait manquer des séances.

« Parce que il a fallu que j'abandonne, parce que j'avais été malade » (P2)

« Ah oui, celui là, j'l'ai pas fait. J'étais hospitalisée » (P16)

Un patient a dû s'occuper du décès de son père et faire son deuil, il n'avait pas la volonté de participer aux ateliers et de voir d'autres personnes.

« Après j'ai eu l'enterrement de mon père, il a fallu que je m'occupe de tout... J'avais plus le temps et puis surtout, j'avais pas envie de voir des gens ! » (P11)

2.2 Une amélioration globale du vécu avec la maladie

2.2.1 L'effet bénéfique du groupe

Le groupe a eu le plus souvent un effet bénéfique malgré les freins cités plus haut.

➤ Rupture de l'isolement

Le plus souvent, cela permet de rompre l'isolement des patients et de créer du lien social.

« Et puis on est en groupe, on est, on est bien ! Ca c'est vrai que, ça nous fait voir du monde, ça ... Parce que, quand on est seule hein... » (P2)

« Ce qui est bien c'est que ça permet aussi de se regrouper, de discuter avec d'autres personnes, parce que c'est vrai que ben c'est souvent aussi même les personnes en surpoids eh ben elles restent toutes seules chez elles, elles sortent pas, elles restent dans un coin parce qu'elles osent pas sortir elles restent seules, et puis, ben ça permet de discuter un peu. » (P7)

« Et un peu de lien social, car on a une vie qui est un peu pauvre de lien social. Parce que le lien social aussi, c'est le manque d'affect. Et le manque d'affect, c'est taper dans la bouffe quoi... » (P5)

Certains ont pu créer des liens qui persistent après les ateliers.

« On a continué à rester en contact, on se voit sur le marché, on boit un coup, voilà. »(P16)

➤ Possibilité de s'identifier et de relativiser

L'échange avec des pairs permet aux patients de s'identifier aux autres, voir qu'ils ne sont pas seuls dans leur situation et parfois de relativiser donc de se sentir mieux.

« Ca fait du bien de rencontrer du monde, des gens qui sont comme nous, à peu près... » (P2)

« Ben ça m'a fait du bien. Parce que j'ai vu que j'étais pas toute seule dans ce cas là. » (P6)

« Emotionnellement, on se sent moins seul, dans le sens où il y a des gens qui vivent la même chose que soi. Et sous un autre contexte, et que du coup, voilà, ça aide aussi à prendre du recul. » (P14)

Grâce à la dynamique créée, les patients arrivent à s'exprimer et se sentent compris, en confiance.

« Ben en même temps c'est bien parce que on peut parler de nos problèmes en même temps, à plusieurs qui ont un peu les mêmes problèmes. » (P15)

« Puis en groupe, on se pousse à aller plus loin, à s'exprimer. » (P16)

« Moi ce que j'ai apprécié, c'est l'émulation de groupe. Le fait d'être en groupe, en atelier en groupe et de pouvoir partager un peu les vécus. Ca je trouve ça, je trouvais ça toujours très intéressant parce qu'il y a une dynamique qui se crée, et qui est importante quoi. » (P13)

« Moi, j'adore ! J'adore, parce que j'adore la complexité des gens. C'est vrai, une personne qui est de forte corpulence qui se retrouve avec que des pachydermes (parce qu'il faut mettre

un peu d'humour là-dedans), ben, elles sont plus en confiance que si elles se retrouvaient avec toi et avec 5 de tes copines aussi maigres les unes que les autres toute seule. » (P12)

➤ **Le partage des vécus et des expériences**

Cela permet également de partager des conseils, des expériences, responsables d'acquisition de compétences, d'apprentissage.

« L'échange des vécus, voir qu'on n'est pas le seul dans cette démarche, et puis selon les personnes... avec certaines, comment ils ont géré leurs problèmes. » (P5)

« Il y avait des discussions où tout le monde donnait son avis, il y avait des choses intéressantes là. Ça peut apporter plus des fois, plus aider qu'autre chose. » (P3)

« Mais là bas, j'aimais bien parce que je pouvais participer, on va dire, vocalement, et puis j'ai des choses que moi j'ai vécu, que d'autres ont certainement vécu, et l'expérience de certains complète l'expérience des autres. » (P12)

« Beaucoup de gens qui ont raconté leurs expériences. On apprend toujours en écoutant les autres. » (P10)

2.2.2 Impact sur le comportement alimentaire

➤ **Compréhension du fonctionnement de l'estomac et des sensations alimentaires**

D'avoir des ateliers présentés de façon ludique a permis aux patients de comprendre le fonctionnement de l'estomac et les sensations alimentaires.

« C'était intéressant d'apprendre euh... la « siété » et comment on remplissait son estomac par rapport à comment on le remplit tout ça, par rapport à... Le schéma comment on l'a rempli. » (P16)

« Et du coup, la sensation de faim, la sensation de satiété, nous expliquer l'estomac. On le remplissait, on regardait : est-ce qu'il est plein ou il n'est pas plein. » (P14)

L'apprentissage des sensations alimentaires est vécu comme intéressant par les patients et leur a permis de réfléchir sur leur propre expérience.

« De comprendre quand mon corps il avait faim. Et savoir si j'avais... Si je commence un peu à être stressée, avoir mal à la tête, et tout ça, c'est que c'était ma façon, enfin la façon de mon corps, de me dire que j'ai faim. » (P14)

« Euh, comment dire, je n'ai pas cette notion d'être rassasiée, ni la notion d'avoir faim. J'ai envie de manger mais j'ai pas forcément faim. » (P13)

La dégustation de chocolat en pleine conscience a permis à certains patients de découvrir le plaisir et de calmer des désirs.

« Et justement, l'effet, c'était d'avoir moins envie, après, justement. Quand on mange en pleine conscience. C'était très intéressant. »(P14)

« On a fait la dégustation aussi de... de chocolat et tout ça. Retrouver le palais... Oh, ça c'est un truc que j'arrivais à...Que j'ai réussi à découvrir !» (P16)

➤ **Compréhension de l'aspect psychologique et émotionnel des prises alimentaires**

Des patients ont pris conscience de l'aspect psychologique de l'obésité et ont évoqué le côté réconfortants des aliments.

« Parce qu'on dit bien « Des gros, des gros », on dit « Ah ben oui, ils ont qu'à... ». Oui, mais c'est pas toujours de manger, c'est pas vrai, hein. Il y a toujours un mal-être ou quelque chose là aussi je pense dans des... » (P15)

« Mais des fois, je me souviens, hein, c'était du réconfort, des fois, sur ces aliments-là. Sentir peut-être le sucre, j'en sais rien, enfin... Le plaisir, le réconfort, parce que c'est du réconfort mais aussi une culpabilité après, parce que finalement, c'est peut-être pas que ça qui aurait pu combler le vide. » (P14)

➤ **Inefficacité au long cours des régimes**

Le message sur les régimes est dans l'ensemble retenu et accepté.

« Du coup, tout le monde était d'accord pour dire « Les régimes ça fait grossir » »(P1)

« Le message était assez serein en disant que les régimes ne marchaient pas et que c'était pas surprenant que la succession de régime ne pouvait pas fonctionner. » (P4)

« Qu'apparemment il y avait aucun régime de valable de toutes façons, c'est déjà des trucs qui sont pas mal parce que c'est pas la peine de se dire, ben tiens on va faire un régime machin parce que de toutes façons, c'est bon à rien. » (P7)

➤ **Modification du comportement alimentaire**

Certains patients essaient ou arrivent à mettre en place ce qu'ils ont retenu à l'AFRET sur la façon de manger.

« Il faut bien mâcher, bien prendre son temps, poser sa fourchette, poser les couverts, les reprendre... [...] Ben, je mange comme elles m'ont dit... Quand on prend le rythme, c'est bon après.» (P6)

« Disons que j'ai surtout gardé les notions sur la façon de manger... C'est vrai que quand on est seule on a tendance à aller vite, et puis, bon, alors que là, elles nous ont expliqué qu'il fallait prendre son temps, qu'il fallait savourer... Trouver le goût... »(P10)

« Et puis j'essaie, là, ils me l'avaient dit, mais je savais que c'était un défaut, ne serait-ce aussi que pour le paraître et l'insertion, de manger trop vite, ça fait goinfre et un peu lourdaud. Donc prendre plus le temps pour apprécier les plats... » (P5)

Pour un patient, c'est ainsi que l'on peut perdre du poids et cela se fait en douceur.

« Moi, faut que je maigrisse encore, je me donne, tout le restant de ma vie qu'il me reste à faire. Je veux pas me prendre la tête à faire des trucs hyperdraconiens, je veux faire ça cool, comme je faisais quand j'ai eu l'AFRET. » (P12)

Un patient s'interroge sur l'efficacité de manger doucement pour perdre du poids.

« J'ai appris qu'il fallait manger tout doucement et, mâcher comme il faut et bon. Je sais, je sais pas si c'est ça qui fait maigrir mais bon... Ca en fait peut-être partie... » (P8)

Pour certains patients, les résultats sont visibles avec la disparition des compulsions ou des grignotages, attribuables à un travail personnel, aidé par les ateliers de l'AFRET.

« Je peux pas dire que c'est l'AFRET, que l'AFRET qui y a joué, mais je pense que c'est un ensemble de choses qui ont fait que euh... Les pulsions alimentaires, ben... ont disparu, en tout cas j'en ai plus. »(P14)

« Et j'ai moins tendance à grignoter. Parce que je pense qu'il y a eu un cheminement intellectuel et émotionnel qui a été fait. Entre autre, parce que c'était une volonté de ma part, et parce que j'ai fait aussi des ateliers de méditations, des ateliers de sophrologie après, et de la psychothérapie. »(P5)

➤ **Difficulté à l'appliquer seul chez soi**

Certains patients disent cependant avoir du mal à mettre en place ce qu'ils ont appris, par manque de motivation ou de suivi ou à cause d'habitudes trop ancrées.

« Tandis qu'après on est lâché dans la nature donc on est comme des gosses... On fait pareil. Une fois qu'on est lâché, oh c'est oublié... » (P15)

« Et je mangeais en 5 minutes. Et il y a beaucoup de gens qui faisaient pareil que moi alors euh... Pour manger euh... Surtout quand on est tout seul, manger en une heure et ben euh, fiou ! Alors, moi je peux pas... » (P8)

« Chassez le naturel, il revient au galop hein (rires). Mon mari me reproche tout le temps que je mange trop vite. » (P13)

Un patient qui souhaitait perdre du poids a finalement fait un régime.

« En fait, comme je n'ai pas perdu de poids à court terme suite à ça, j'ai fait un régime après pour en perdre, et du coup j'en ai perdu. » (P5)

2.2.3 Activité physique

➤ Importance de l'activité physique

Certains ont pris conscience de l'importance de l'activité physique et notamment de ses bienfaits sur le plan psychologique.

« L'activité physique adaptée moi je trouve que c'est primordial. » (P13)

« Ben le sport, en fait, ça motive, ça fait du bien, ça me muscle. C'est pas que je perde du poids, mais je me sens mieux ! Et je suis hyperléger. » (P12)

« Ca peut nous aider à moins manger et donc à avoir des hormones plus agréables, qui sont mieux dans notre peau, donc des effets indirects après qui sont positifs, qui évitent certains médicaments, certaines pathologies qui peuvent être positives aussi » (P5)

➤ Modification de l'activité physique

Grâce à l'AFRET, certains patients ont découvert l'existence de cours d'activité physique adaptée et y ont participé.

« J'ai compris qu'il y avait un groupe de... enfin une femme qui animait une activité sportive et du coup j'ai... Sport santé plus, route de Parentignat à Issoire. Du coup, sport adapté. J'y suis allée. Donc on peut dire qu'il est sorti quelque chose de positif. » (P4)

« Là, je vais un peu à la gym les lundis après midi, une heure par semaine parce que j'ai dit il faudrait que je me bouge un peu, c'est de la gym où je peux aller, que je peux faire. » (P7)

Une patiente reproduit chez elle les exercices appris lors de l'activité physique adaptée.

« D'ailleurs, je continue un petit peu à la maison, à faire ces exercices. » (P10)

Certains ont pu participer à l'hôpital de jour après l'AFRET, où ils ont également pu faire de l'activité physique adaptée, très appréciée de tous.

« Avec l'hôpital de jour parce que la prise en charge activité physique est très... super bien faite. » (P13)

2.2.4 Impact sur l'image et l'estime de soi

➤ **Modification de l'image de soi**

L'atelier sur les couleurs avec la psycho-esthéticienne a permis à des patients de se conforter dans leur choix vestimentaire et ainsi d'améliorer l'image d'eux-mêmes.

« Sur les couleurs, ça m'a conforté dans mes choix. C'est bien, j'étais contente. Ça correspondait à... Les couleurs qu'elle m'a indiquées sont les couleurs que j'aime effectivement et que je porte facilement. » (P10)

« Comment s'habiller, comment se valoriser... Parce que c'est vrai que... on se sent mal, on a l'impression qu'il y a des couleurs qui nous vont pas, on se sent pas bien, on est gros, on dit « Oh ben non », on se met tout en noir, pour pas mettre de couleurs [...] C'était bien, ça nous remontait aussi, nous revalorisait. » (P16)

L'atelier avec l'ostéopathe est également vu comme intéressant, pouvant modifier l'image que l'on a de soi.

« J'avais trouvé ça très intéressant. Parce que la représentation qu'on a de soi-même avec la réalité, soit on met trop de choses soit on oublie des choses. » (P13)

➤ **Modification de l'estime de soi**

En venant dans ces ateliers, les patients font preuve de courage et d'auto-détermination, comme le fait remarquer un patient.

« Mais je pense que beaucoup de personnes qui ont de fortes corpulences n'osent pas aller dans des réunions comme ça, moi je dis, ceux qui sont venus, je leur tire mon chapeau, parce que c'est pas évident. » (P12)

Par la modification des comportements ou la compréhension du fonctionnement de leur corps, les patients améliorent leur sentiment d'auto-efficacité, ce qui participe à une amélioration de l'estime de soi et de la qualité de vie.

« J'ai repris confiance... sur moi quand même. » (P6)

« Moi je me suis sentie complètement changée quand j'y allais. C'est vrai, je me suis retrouvée. » (P9)

« C'est vrai, je me suis acheté du kaki, un peu d'orangé, un peu de... que j'osais pas du tout mettre. J'étais toujours en noir, en bleu marine, voilà. Oui, ça a joué un petit peu sur le

moral. Après, se remaquiller un petit peu aussi, j'ai commencé à en remettre un petit peu quand je sors et tout, c'est vrai que ça... Ca égaye un petit peu hein ?» (P16)

Certains patients ont pu réfléchir sur eux-mêmes et prendre conscience de certains aspects psychologiques.

« Je pense que du coup c'est plutôt un côté psychologique que je dois travailler, je dois avoir un blocage, plutôt que autre chose » (P1)

« Dans la vie, j'ai envie de dire, le lâcher prise j'ai beau savoir ce que c'est... Euh, mais il y a des moments où dans la vie on ne peut pas le faire ou on choisit de faire autre chose. Voilà, pour différentes raisons. » (P13)

2.2.5 Activités parallèles

Les patients ont pu s'inscrire à différentes activités ou associations en parallèle de l'AFRET. Cela leur a permis de rencontrer des gens, de s'occuper, d'apprendre à cuisiner, ou tout simplement de sortir de chez eux.

➤ La sophrologie

La sophrologie proposée par l'AFRET est souvent appréciée des patients, cela leur a permis de prendre un temps pour soi et de gérer ses émotions.

« S'entendre dire soi-même comment on a vécu la séance de sophro, avec tout ce que ça a pu vous faire remonter ou pas... Bah je trouve que c'est vachement important ! Se l'entendre dire c'est... C'est la moitié du chemin fait du lâcher prise ça, hein ? » (P13)

« Gérer ses émotions, c'est pas facile mais oui... Mais j'ai appris, la sophro, ça m'a beaucoup aidé aussi. » (P9)

« J'ai eu l'occasion aussi de faire la sophro à l'AFRET que j'ai énormément appréciée... Parce que je suis quelqu'un qui aime bien ces choses là et puis heu je trouve que ça permet de... d'avoir un regard sur soi, sans être dérangée, sans être heu... un moment vraiment pour soi quoi! » (P13)

➤ Cerveau Apaisé-Estomac libéré

Des patients ont pu s'inscrire à l'association Cerveau Apaisé-Estomac Libéré, fondée par une des patientes ressources de l'AFRET, qui propose des activités de groupe afin de permettre aux personnes de se libérer, de s'estimer et de s'aimer telles qu'elles sont.

« Mais au début c'est vrai que j'y allais, j'y allais tous les mardis. J'adorais, on rigolait tous ensemble, c'est génial ce qu'elle fait. » (P9)

➤ Cuisine pédagogique

D'autres patients ont pu participer aux ateliers de Cuisine pédagogique, permettant de préparer des repas et de les manger ensemble, ateliers appréciés par les patients car ils trouvent des idées de recettes et les liens sociaux sont encore une fois mis en avant.

« Ca donne un centre d'intérêt pour ceux qui n'ont pas d'activités, ou peu. Et c'est pas toujours facile de trouver soi-même des recettes et surtout maîtriser. » (P5)

« Bah à la CAF, c'est génial parce qu'on apprend à cuisiner avec des produits d'ici. On avait fait des légumes, cuisiné avec des légumes. On était à peu près je crois une dizaine. On avait fait des petits groupes de 2. Et chacun cuisinait quelque chose. » (P9)

« C'était pas mal aussi ces cours d'apprendre à cuisiner comme ça, allégé et tout, c'était bien, j'en ai fait 2. On a fait tout le menu, de l'entrée au dessert. Donc c'était vraiment bien ! » (P16)

2.2.6 Propositions

Certains patients souhaitent un programme plus long ou des séances régulières, sur le long terme, ce qui n'est pas réalisable en termes de financement mais montre la nécessité d'un relais après le programme d'ETP.

« Il faudrait que ce soit un peu plus long, voilà. Deux heures c'est bien, mais plus de séances ! » (P6)

« Parce que sans parler d'y aller toutes les semaines, je trouve que d'y aller même une fois par mois pour nous remettre un petit peu sur les rails. » (P15)

« Mais ça serait pas mal qu'il y ait un suivi » (P12)

D'autres aimeraient des séances plus personnalisée ou individuelles, notamment au niveau de l'approche psychologique.

« Je pense qu'on avance plus vite en individuel. » (P1)

« Une approche personnalisée... Et puis, analyser plus le sens de la prise de poids, selon les différents cas de figures. Selon le vécu, l'origine sociale des gens. » (P5)

« Personnaliser les choses, par l'aide peut-être d'entretiens psycho et qui puisse dire, après en debriefing avec l'équipe, dire « Ben, cette dame heu, moi il me semble que la sophro lui irait bien... » ». (P13)

« Là aussi je trouve que c'est le psychique qui s'exprime hein au travers du langage des photos heu voilà c'est plus pratique en psychiatrie j'ai envie de dire.[...] Là, par contre à cet atelier ce serait peut-être intéressant qu'il y ait une psycho. » (P13)

Pour d'autres, il aurait fallu des groupes plus petits.

« Peut être qu'avec des groupes plus petits ou plus homogènes, ce serait plus facile, on se sentirait plus concerné... » (P10)

Pour pallier aux problèmes d'horaires, certains patients proposent des séances les soirs ou samedi, ou encore des séances vidéo.

« Moi le samedi ça m'aurait arrangé » (P1)

« Voilà, les soirs par exemple, ça aurait été plus logique. » (P4)

« Bah là, ce serait bien de faire des petites conférences vidéos que chacun puisse se connecter et il parle. Il a pas à se montrer en vidéo. C'est la personne qui se montre en vidéo. » (P9)

Une patiente propose, dans la continuité de l'atelier « Arc-en-ciel », de faire en groupe des essayages en magasins.

« Il aurait peut être fallu aller dans un magasin, plus approfondir, à essayer aussi peut-être carrément des vêtements. » (P16)

Des patients auraient aimé l'intervention d'autres professionnels (ergothérapeute, assistante sociale), ce qui ne correspond pas à de l'ETP mais montre la nécessité de prise en charge globale et pluridisciplinaire.

« Ce qui pourrait être intéressant c'est... Pour pouvoir, supporter son poids, c'est le cas de le dire... C'est l'ergothérapeute... Qui apprend à... Bon, elle le fait dans le cadre de... de mal de dos, de choses comme ça, mais quand on est obèse, il y a des choses qu'on ne peut pas faire, hein ? Et ça serait peut-être intéressant d'avoir des... des idées de... » (P13)

« C'est peut-être compliqué, nous aider aussi sur les démarches administratives, parce que c'est vrai qu'on a rien. On n'a rien pour nous aider là. » (P16)

ANALYSE ET DISCUSSION

1. Synthèse

Les principaux motifs d'interruption temporaire ou définitive mis en évidence dans ce travail sont la pratique en groupe, qui peut renvoyer une image de la personne obèse mal acceptée par les patients et ainsi majorer la faible estime de soi, ou bien parce que certains patients ne se reconnaissent pas dans le vécu des autres, ou encore parce qu'ils ont du mal à s'exprimer devant un groupe. On retrouve aussi une déception vis-à-vis des attentes des patients qui peuvent être différentes de ce que propose l'AFRET ou parfois une incompréhension de l'intérêt des ateliers. Dans certains cas, les patients choisissent volontairement de ne pas aller à certains ateliers, pensant qu'ils leur seront inutiles ou non adaptés. Les patients qui considèrent que l'obésité n'est pas une maladie peuvent mettre les ateliers de l'AFRET au second plan et ainsi ne pas participer à tout le programme. Une patiente a également mentionné que le terme d'éducation faisait référence à la scolarité renvoyant des représentations négatives. Enfin, une autre des raisons d'interruption est involontaire, liée aux horaires des ateliers, à la distance ou à d'autres aléas tels que la maladie ou des rendez-vous.

2. Forces et Limites de l'étude

C'est à notre connaissance la première étude à s'intéresser aux motifs d'interruption d'un programme d'ETP dispensé en ambulatoire. C'est un thème peu étudié dans la littérature car souvent ces patients sont considérés comme perdus de vue. Les études existantes analysent surtout les facteurs d'abandon (24) ou les motifs de refus à participer à des programmes d'ETP (25).

La méthode qualitative exploratoire permet de faire ressortir dans leur discours les raisons de leur interruption au travers du vécu des ateliers.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données. La validité interne de l'étude est assurée grâce à la triangulation des données, réalisées par la chercheuse et sa directrice de thèse. Les résultats ont été ensuite confrontés aux données de la littérature. La validité externe est représentée par la diversité de l'échantillon, que ce soit au niveau sociodémographique ou du nombre d'ateliers réalisés.

Une des limites de cette étude est le faible échantillon car bien qu'arrivés à saturation des données, plus de la moitié des patients ont assisté à minimum quatre ateliers sur les six proposés. Dans ces cas là, les raisons de leur interruption souvent temporaire étaient indépendantes de leur volonté et dans l'ensemble, ils étaient satisfaits du programme.

Plusieurs patients joints par téléphone et ayant fait moins d'ateliers ont refusé de participer à l'étude. Il peut s'agir des patients ayant peu apprécié le programme pour des raisons que nous n'avons peut-être pas évoquées, leurs réponses auraient été intéressantes afin de connaître d'autres motifs d'interruption volontaire. Il existe un biais d'investigation par le manque d'expérience de la chercheuse sur la façon de mener des entretiens semi-directifs. De plus, la chercheuse se présentait comme indépendante de l'AFRET, ce que ne comprenaient pas tous les patients étant donné qu'ils étaient interrogés à ce propos. Le fait de penser que la chercheuse faisait partie de l'association pouvait influencer leur réponse.

3. Comparaison avec la littérature actuelle

Nos résultats sont cohérents avec un document fait par l'IPCEM (26) qui évoque les motifs d'interruption que sont le manque de compréhension des finalités et des modalités de l'ETP par le patient, la crainte du patient de se révéler, la distance géographique, la force de l'habitude c'est-à-dire que, une fois à domicile, le patient prend du recul par rapport à ce qui a été dit et ses représentations et comportements antérieurs reviennent, favorisé par l'entourage qui met en doute les discours tenus pendant les séances d'ETP. Ce document évoque d'autres raisons qui n'ont pas été retrouvées dans notre étude comme le manque de conviction du soignant vis-à-vis de l'ETP, ou l'ordre des rendez-vous selon les soignants et les besoins des patients, c'est-à-dire le décalage entre le rendez-vous fixé et le besoin du patient.

Des études portant sur les refus de participation à un programme d'ETP retrouvent également des motifs similaires aux nôtres, bien que la situation ne soit pas tout à fait la même. Dans l'étude de Favé et al (25) portant sur les freins à l'ETP dans la maladie rénale chronique de stade 3, les motifs de refus retrouvés étaient les patients non intéressés ; les patients ayant d'autres priorités; un âge avancé ; les patients ayant des difficultés liées à la distance et/ou aux horaires des séances ; les patients ayant des difficultés de compréhension vis-à-vis de la démarche ; les patients estimant leur suivi médical habituel satisfaisant.

Nous avons pu voir que les patients parfois ne savaient pas à quoi s'attendre, car ils n'avaient pas toujours eu d'explication sur ce qu'était l'ETP. L'ETP, telle qu'elle est définie par la HAS, est une notion relativement récente, peu connue du grand public et parfois mal définie par les médecins généralistes qui se la représentent souvent comme de la seule information ou ignorent ce qu'est exactement l'ETP. En effet, plusieurs études (27, 28) montrent que la plupart des MG disent faire de l'ETP lors de leurs consultations mais n'ont pas forcément reçu de formation et cela se limite souvent à de l'information et de la sensibilisation. Or, on sait aujourd'hui que si l'information est indispensable, elle ne suffit pas à rendre le patient autonome. Les patients ont ainsi l'habitude d'une relation plutôt verticale avec leur médecin généraliste, dont les conseils et informations rentreront dans le cadre de la prévention ou encore viseront comme objectif l'observance du patient ; les difficultés et contexte de vie de ces derniers ne sont pas toujours pris en compte.

Dans le bassin d'Issoire, les médecins ont connaissance de l'AFRET, mais ils ont pu oublier, ou ne pas avoir eu le temps d'expliquer au patient en quoi consistait l'ETP.

Certains patients disent ne pas avoir compris le message ou l'intérêt des ateliers. Ils peuvent parfois ne pas avoir les capacités à analyser et mettre en pratique ce qui leur est proposé. Cela renvoie au concept de « littératie en santé » (LS). Cette dernière peut être définie comme « la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie » (29). Il a été démontré qu'un faible niveau de LS contribue aux inégalités sociales de santé (30). Dans le cas des maladies chroniques, un faible niveau de LS est lié à une moins bonne connaissance de la maladie et à une moindre maîtrise des compétences permettant d'acquérir des capacités d'autogestion. L'ETP permettrait donc de répondre à cette problématique ; or, un faible niveau en LS est également souvent identifié comme un obstacle pour accéder à l'ETP (31). Les experts recommandent donc une attitude de « précautions universelles » afin de faciliter la communication entre soignants et patients. Une communication claire permet aux patients, quelque soit d'ailleurs leur niveau de LS, de se sentir plus impliqués dans leurs soins et améliore les chances d'adhérence au traitement.

Nous avons pu voir dans cette étude que certains patients ne considéraient pas l'obésité comme une maladie, ou en tout cas, comme une maladie secondaire en comparaison à d'autres pathologies plus « graves » pour eux. Ils peuvent être dans le déni ou dans une phase de pré-contemplation d'après le modèle de Prochaska et Di Clemente (32). Dans ce cas,

l'obésité n'est pas un problème pour eux et les ateliers proposés ne sont pas une priorité. Cela peut se retrouver dans notre étude plutôt chez des patients qui ont été envoyés à l'AFRET à la demande d'un professionnel et qui y participent par « obligation », en opposition à ceux qui viennent dans une démarche personnelle et réflexive de la prise en charge de leur poids, avec une grande motivation.

Plus de quatre-vingt dix pour cent des MG reconnaissent que l'obésité est une maladie chronique (33,34), mais le plus souvent, ils ne réalisent pas d'annonce diagnostique, telle que préconisée dans les maladies chroniques. Alors que le poids est souvent relevé lors des consultations, le calcul de l'IMC est rarement réalisé (35). Cette action simple pourrait permettre aux médecins d'aborder le sujet. En effet, parler du problème du poids en consultation n'est pas toujours aisé pour les médecins, qui possèdent encore des préjugés négatifs sur cette maladie (33,34,35), d'autant plus quand les patients ne sont pas demandeurs de cette prise en charge, que la maladie est paucisymptomatique et qu'ils ne se sentent pas malade. Pourtant, cette étape peut permettre au patient de prendre conscience de son état de santé. Il a besoin de cette prise de conscience pour pouvoir comprendre sa maladie, modifier ses comportements et travailler sur l'acceptation de cette pathologie. L'annonce d'une maladie chronique est difficile à gérer, pour le médecin comme pour le malade. Pour P. Barrier (36), lors de l'annonce, le médecin doit faire percevoir la compétence médicale sans écraser la dimension subjective, faire preuve d'empathie, laisser le temps aux questions et donner des réponses simples, être attentif aux spécificités émotionnelles et cognitives du patient, ainsi que fixer un rendez-vous pour refaire le point sur sa situation. L'annonce d'une maladie chronique peut provoquer chez le patient un sentiment de perte de contrôle, de rupture de son identité. Dans ce contexte, proposer un programme d'ETP, si le patient est d'accord et en comprend l'intérêt, lui permettra de comprendre sa maladie et d'apprendre à vivre avec en trouvant par lui-même les ressources nécessaires pour y faire-face. De plus, l'ETP peut représenter une aide pour les MG qui disent ne pas avoir suffisamment de temps pour prendre en charge cette pathologie.

Nous avons pu constater dans cette étude que le groupe peut être un frein à la participation aux ateliers d'ETP. Les recommandations de la HAS précisent que « les séances peuvent être collectives ou individuelles ». Certaines structures d'ETP proposent des programmes individuels, ou mixtes, ce qui implique un coût plus important.

Selon Mosnier-Pudar et Hochberg-Parer (37), les séances individuelles ou collectives sont complémentaires et ont chacune leurs avantages et inconvénients. Elles dépendent surtout de la situation du patient, ses attentes et ses disponibilités. Le principal avantage des séances individuelles est la personnalisation du programme et convient aux patients présentant des difficultés à se retrouver en groupe. Les inconvénients sont principalement le coût et le temps ainsi que le manque de confrontation et la dynamique de groupe. Nous voyons ici que, en plus de convenir aux patients pour qui le groupe n'était pas motivant, cela permettrait de pallier aux problèmes d'horaires ou d'imprévus décrits par les patients, en leur laissant la possibilité de décaler leurs séances individuelles.

Le rapport de l'académie de médecine (38) met en avant l'intérêt de développer une ETP de proximité, dispensé par le MG et un autre professionnel (pharmacien, infirmier, diététicien, psychologue, éducateur en APA, kinésithérapeute...). Cette « démarche éducative en binôme », ciblant un objectif pédagogique par séance dans le cadre d'un parcours simplifié d'ETP, pourrait permettre cette personnalisation du programme, adaptée au patient et à sa disponibilité. Cependant, le programme doit être structuré pour bénéficier des financements de l'ARS. En pratique, par manque de temps des MG, ce format n'est pas souvent appliqué.

Les études de psychologie sociale montrent cependant qu'il est plus facile de modifier son comportement et ses opinions grâce à des séances collectives en privilégiant des séances interactives (39). Les avantages du groupe sont la rupture de l'isolement, le partage des expériences pouvant être source d'apprentissage notamment des stratégies de coping (ou stratégie du « faire face »), des conseils donnés par les pairs et un soutien émotionnel, comme retrouvés dans notre étude.

La dimension psychologique est intégrée aux programmes d'ETP par la participation des psychologues à l'élaboration et à l'évaluation du programme ainsi qu'à leur possibilité de réaliser des bilans éducatifs et d'animer des séances collectives ou individuelles. Des outils créés par des psychologues peuvent être utilisés comme le photo-langage qui permet d'améliorer l'expression en groupe, de faire émerger des représentations et ainsi de mieux comprendre l'autre. Dans l'obésité, les ateliers proposés se basent également sur des théories se rapprochant souvent des TCC ou sur les techniques de « pleine conscience » ou de thérapie d'acceptation et d'engagement.

Nous avons pu voir que la nature psychologique des ateliers pouvait être un frein lorsque certains patients ont du mal à parler de choses intimes devant des inconnus, cela générant une difficulté ou un stress. Cela a pu être un motif d'interruption chez des patients pour qui ces ateliers ont provoqué la réactivation d'un mal-être, pouvant renvoyer à leur faible estime d'eux-mêmes ou à leur état dépressif. Le vécu traumatisant des prises en charge antérieures peut également provoquer une réticence à se faire soigner. D'autres patients au contraire, auraient souhaité un suivi psychologique plus personnalisé sur l'origine et les conséquences de leur prise de poids, et certains ont pu prendre conscience de la nécessité d'un suivi personnel avec un psychologue pour travailler sur d'autres problématiques, les séances d'ETP ne se substituant pas à un soutien psychologique dont ils auraient besoin. L'étude de Teixeira et al (40) menée sur des femmes en surpoids ou obèses participant à un programme portant sur des interventions comportementales en groupe visant à améliorer le comportement alimentaire et l'exercice physique retrouvent comme facteurs d'abandon du programme la dépression, la mauvaise image de soi, ainsi qu'un poids initial élevé, des antécédents de régimes, des objectifs pondéraux irréalistes, ou la présence d'une hyperphagie boulimique (ou binge eating disorder). Cela confirme que la dimension psychologique est primordiale dans l'obésité, comme dans toutes les pathologies chroniques, puisque ces dernières provoquent un bouleversement sur le plan cognitif et émotionnel. L'obésité est souvent associée à une diminution de l'estime de soi ou à des troubles anxio-dépressifs (41) et les personnes présentant des troubles du comportement alimentaire de type hyperphagie boulimique souffrent d'autant plus d'une baisse de l'estime d'elles-mêmes (42), par le cercle vicieux qu'ils créent. L'obésité est également à l'origine de répercussions somatiques, sociales et impactant la qualité de vie (43) et entretenant les troubles psychologiques.

Améliorer la connaissance et l'estime de soi est donc un des objectifs essentiels de l'ETP afin que le patient vive mieux avec sa maladie. En effet, renforcer l'estime de soi, notamment chez les patients obèses, est un facteur essentiel qui influe sur la motivation à changer (44). Soulager la souffrance du patient et lui redonner confiance lui permet de croire en sa capacité à changer ses habitudes de vie. Cela amène à la nécessité d'une prise en charge globale, pas seulement centré sur le poids mais sur tout ce qu'il engendre, pour que le patient apprenne à gérer ses difficultés.

Les programmes d'ETP ont une durée limitée, ce que reprochent certains patients que nous avons pu interroger qui souhaitent un suivi plus continu dans le temps, des rappels ou des

réunions plus fréquentes pour les aider à rester motivés. L'OMS précise en effet que l'ETP est « processus continu intégré aux soins ».

Un des objectifs de l'ETP est la modification des modes de vie du patient. Comme nous avons pu le voir dans nos résultats, plusieurs patients ont signalé ne pas réussir à mettre en pratique ce qu'ils avaient « appris » pendant les ateliers de l'AFRET. Golay et al (45) mettent en évidence les facteurs de résistance au changement chez le patient obèse. Ces résistances peuvent être liées au patient lui-même. En effet, le patient arrive avec son parcours individuel, ses connaissances et ses croyances. Ses croyances influent sur son comportement : le patient doit être convaincu qu'il est malade et que cette maladie est source de conséquences néfastes pour sa santé et qu'un changement sera bénéfique. Les conceptions du patient peuvent également être une résistance, comme celle qu'être gros correspond à être en bonne santé par exemple. Le stade de changement ou la phase d'acceptation peut également être un frein. Les résistances peuvent être également liées au soignant, à son manque de motivation. En effet, nous avons vu que les médecins généralistes considéraient l'obésité comme une maladie vouée à l'échec, ce qui peut entraîner une lassitude du soignant. Les conceptions du soignant sont également à prendre en compte : les médecins qui pensent que les patients obèses manquent de volonté ou qu'ils sont paresseux auront des comportements négatifs, jugeant, responsables de culpabilité, et renforçant la résistance au changement. Enfin, la résistance peut venir de l'entourage, qui peut rejeter le patient ou critiquer ses modifications de mode de vie.

Afin de pallier à ces résistances, les auteurs proposent de prendre en compte les 4 dimensions du patient, dans une théorie « allostérique » :

- La dimension cognitive : l'ETP propose un apprentissage basé sur le vécu, les connaissances et les croyances du patient afin qu'il fasse des liens et comprenne l'histoire de son poids ;
- La dimension émotionnelle, chez ces patients qui souffrent notamment du regard des autres mais aussi de leur propre regard sur eux-mêmes, ont un vécu parfois traumatisant et peuvent trouver dans la prise alimentaire un réconfort, un moyen de détourner la détresse. Le changement de comportement peut être initié si le patient arrive à exprimer ses souffrances, retrouve confiance en lui, trouve un plaisir et un sens à ce changement et s'il a confiance envers les intervenants qui l'entourent ;

- La dimension infracognitive, basée sur le raisonnement intime des patients. En améliorant l'estime de soi, le patient peut modifier les pensées négatives qui entraînent des compulsions alimentaires, provoquant une culpabilité ;
- La dimension métacognitive, c'est-à-dire une prise de conscience à propos du mécanisme des pensées négatives, de ses ressources, de sa perception de la maladie qui l'aideront à se projeter et ainsi à modifier son comportement.

Tous ces éléments doivent donc être soulevés dans le cadre de l'ETP. Il est important de repérer l'état émotionnel, cognitif, psychologique, physiologique et social du patient, mais aussi ses compétences et connaissances, ses représentations et croyances, ses désirs et ses intentions afin qu'il identifie ses propres ressources, qui lui permettront d'améliorer l'estime de lui-même et d'initier des modifications de son comportement. Cela met en évidence l'importance du bilan éducatif qui reprend tous ces éléments. Les facteurs de résistance au changement doivent être pris en compte et les soignants doivent essayer de limiter les résistances venant de leur part.

L'AFRET propose un suivi à 6 mois ou un an après le programme d'éducation thérapeutique et un courrier est envoyé au médecin traitant afin qu'il prenne le relais et permette que le processus éducatif soit continu. En pratique, cela est difficile car cela implique que le MG connaisse l'ETP, modifie sa posture parfois centrée sur la maladie et non sur le malade, et qu'il prenne le temps de comprendre le patient, ses représentations, ses difficultés et ses craintes et son vécu de la maladie, afin d'explorer les objectifs psychosociaux, sociaux, culturels et éducatifs du patient (46). Les infirmiers en pratique avancée, profession récemment créée en réponse aux besoins de santé de la population, notamment ceux liés au vieillissement et aux maladies chroniques (47), pourraient avoir ce rôle.

Une patiente propose également, dans les possibilités d'amélioration de l'AFRET, des séances vidéo, qui pourraient permettre d'autres séances ou un suivi grâce aux nouvelles technologies. L'utilisation des nouvelles technologies pourraient être envisagée, notamment chez les adolescents, en facilitant la démarche éducative et en améliorant l'accompagnement des patients, supprimant les contraintes de distance et de disponibilité. Une étude (48) a montré l'efficacité d'interventions informatisées sur la perte de poids, cependant cette dernière est moins importante et moins durable que par des interventions en personnes. L'avenir est probablement une approche mixte, couplant informatique et séances présentielle (11).

On appelle « empowerment » du patient, le « processus au cours duquel la personne malade prend conscience de progresser dans sa capacité à gérer ou à accepter une situation ou des situations qui auparavant lui conféraient un sentiment d'impuissance et de détresse »(49). C'est la relation soignant-soigné, l'empathie et l'écoute du soignant (50) et l'alliance thérapeutique créée qui vont être centrales et pourront permettre au patient d'avancer à son rythme, que le soignant doit respecter. Il s'agit de « *relever le défi de soigner la relation tout autant que le patient, en allant sans relâche à la rencontre de l'autre et de soi-même.* » (51). Cette relation éducative permettra au patient de développer l'estime de soi, son sentiment d'efficacité personnelle et son autonomie. Finalement, en choisissant de sélectionner les ateliers les plus pertinents pour eux de leur point de vue, les patients sont déjà dans une démarche de réflexion les concernant et font preuve ainsi d'une certaine autonomie. Ces résultats posent la question d'un programme d'ETP à la carte selon les besoins et objectifs du patient.

A travers l'analyse des verbatims, nous avons pu retrouver chez certains patients une modification des comportements, parfois un impact social ou encore une amélioration de l'estime de soi. Le nombre de séances d'ETP réalisées n'a d'ailleurs pas l'air corrélé avec la compréhension et les changements de comportement. L'étude qualitative ne nous permet pas d'avoir de statistiques mais nous avons pu constater par exemple qu'un patient ayant fait cinq ateliers dit ne pas être satisfait et « n'avoir rien appris », alors qu'une patiente qui a fait seulement trois ateliers a arrêté d'avoir des compulsions alimentaires grâce, entre autre, aux ateliers de l'AFRET. En effet, la satisfaction et l'impact dépend aussi de la motivation à changer du patient, certains patients sont arrivés à l'AFRET très motivés, dans le cadre d'une démarche personnelle et réfléchie et se trouvaient déjà dans une phase de préparation dans le processus de changement. Il est difficile d'évaluer les impacts imputables au programme d'ETP seul car les patients ont un long parcours dans la prise en charge de leur obésité avec des connaissances acquises lors d'expériences antérieures. Ce parcours multidisciplinaire paraît incontournable dans la prise en charge de l'obésité, prise en charge qui nécessite du temps et de l'acceptation.

L'ETP a parfois permis aux patients de rompre leur isolement, de créer un lien social qui dans certains cas va perdurer, d'apprendre de l'expérience des autres et de s'échanger des conseils, qui sont parfois mieux acceptés que ceux venant des soignants. Cela peut faciliter la

communication avec l'entourage et les soignants. La thèse de Mazel E. (52) a montré que la présence des patients ressources permet également de s'exprimer sur le vécu de la maladie, de se sentir écouté et de relativiser et déculpabiliser. Le groupe crée de la motivation, le patient mobilise ses ressources personnelles et son pouvoir d'agir, ceci améliorant l'estime de soi, le bien-être et la qualité de vie.

Cette étude fait donc ressortir que la participation à un programme d'ETP, même incomplet, fait avancer le patient en lui donnant des outils cognitifs, sociaux ou psychologiques lui permettant d'améliorer sa qualité de vie. Ces résultats sont cohérents avec la récente étude de Debossu et al (53), réalisée auprès de 103 personnes afin d'évaluer l'impact d'un programme d'ETP réflexif dans l'obésité. Les résultats montrent l'efficacité d'un programme d'ETP de 5 séances, axé sur la relation à l'alimentation et ses déterminants. Trois mois après la fin du programme, on retrouve chez les participants une amélioration des compétences psychosociales (notamment de l'estime de soi), une meilleure perception de leur santé et une diminution de la valeur hédonique de l'alimentation sans la perte de la satisfaction liée au fait de manger.

Le terme d'éducation a été choisi afin de distinguer l'ETP de l'information simple et fait ressortir la notion d'apprentissage, centré sur le patient. Cependant, certains auteurs choisissent le mot de « formation » thérapeutique (54) car, comme nous l'avons relevé dans notre étude, ce terme peut avoir une représentation négative et renvoyer à l'échec scolaire. Chez la personne obèse, l'échec peut renvoyer aux échecs des régimes successifs. Il est donc important de leur en montrer une vision différente, en expliquant que l'échec peut-être « le départ d'une réflexion, d'une compréhension » (55).

4. Implication pour la pratique et la recherche

Nous retrouvons donc un manque de compréhension vis-à-vis de la démarche d'ETP, de l'intérêt des ateliers ou de leur finalité, notamment lorsque les attentes des patients diffèrent de ce que propose l'AFRET. Cela met en évidence une nécessité d'informer sur ce qu'est l'ETP, ses objectifs mais également sur le fait que l'obésité est une maladie chronique et que sa prise en charge ne repose pas que sur des règles diététiques.

Certains patients ont pu être freinés par le groupe, parfois par difficulté de se confier sur des sujets intimes et par peur de se dévoiler, d'autres fois par manque d'intérêt du vécu ou conseils des autres ou encore à cause de leur état psychologique (dépression, faible estime d'eux-mêmes). Nos résultats montrent ainsi l'intérêt d'une prise en charge individualisée, comme l'ont exprimé certains patients.

Si certains patients ont interrompu le programme prématurément, il est important de leur proposer des ateliers d'ETP. Le bilan éducatif doit être répété, en fonction de l'évolution de leur pathologie, de leur réflexion personnelle, de leur stade de changement. En effet, les patients atteints de maladie chronique ont besoin de temps afin d'aboutir à la phase d'acceptation, leur cheminement est constitué de moments de doutes et de crises. L'ETP doit « s'adapter au profil éducatif et culturel du patient et respecter ses préférences, son style et rythme d'apprentissage ».

CONCLUSION

L'obésité est un problème majeur de santé publique au niveau mondial. L'ETP est considérée comme la pierre angulaire de sa prise en charge. L'objectif de cette étude était d'évaluer les motifs d'interruption du programme et d'observer si cet arrêt prématuré impactait sur les objectifs initiaux du programme.

Les principaux motifs d'interruption du programme, autres que les causes involontaires comme l'incompatibilité des horaires ou la distance, étaient la méconnaissance des objectifs de l'ETP dans la prise en charge de l'obésité, responsable d'une déception par rapport aux attentes; et une incompréhension de la finalité des ateliers. Un autre motif était la pratique en groupe parfois source de souffrance psychologique car cela renvoyait une image d'eux-mêmes difficile à accepter, ou par manque d'intérêt pour l'expérience des autres. D'autres choisissaient de ne participer qu'aux ateliers qui les intéressaient. Cependant, nous avons aussi pu montrer que la plupart des patients ont acquis des connaissances, parfois modifié leur comportement ou ont développé des liens sociaux, tout cela contribuant à l'amélioration de leur qualité de vie.

L'ETP est donc une pratique de soins relativement récente et indispensable qui s'inscrit dans une stratégie thérapeutique globale, qui place le patient au centre d'un tissu d'acteurs médicaux, sociaux, psychologiques et associatifs. La complexité réside dans la construction d'un programme adapté à chaque individu. Cette étude nous montre la nécessité d'insister sur les objectifs et la finalité du programme parallèlement aux attentes du patient pour ne pas entraîner de déception. Une prise en charge individualisée, dispensée éventuellement par le médecin généraliste en coordination avec le programme d'ETP pourrait être intéressante conjointement au travail en groupe.

Le doyen de l'UFR de médecine,
Pierre CLAVELOU



Le président du jury de la thèse,
Yves BOIRIE

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Yves Boirie".

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) Organisation Mondiale de la santé. Obésité et surpoids. 2018 fev. [En ligne]. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- 2) Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence. Saint-Maurice: Santé publique France, 2017. 42 p
- 3) INSERM. Obésité : une maladie des tissus adipeux. 2014 jan [En ligne]. Disponible sur <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite>
- 4) Apfeldorfer G, Zermati J. La restriction cognitive face à l'obésité. *Presse Med* 2001;30:1575–80.
- 5) Basdevant A, Guy-Grand B. Médecine de l'obésité. Paris : Flammarion Médecine Sciences ; 2004, 431 p.
- 6) Agrinier N, Rat AC. Les maladies chroniques : Etat des lieux. *ADSP*. 2010;(72):12-4
- 7) Jaffiol C. Place du médecin généraliste, en France, dans le parcours de soins des maladies chroniques, *Int J Med Surg*. 2017;4(s):16-22.
- 8) Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, et Paraponaris A. Overweight and Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of General Practitioners in France. *Obesity Research*. 2005;13(4):787-95.
- 9) Cornet P. Corps obèse et société. Regards croisés entre médecins et patients. Thèse de sociologie. Université Paris Est Créteil Val De Marne. 2015, 330 p.
- 10) Haute Autorité de Santé. Obésité : prise en charge chirurgicale de l'adulte. 2009 juin [Enligne]. Disponible sur <https://www.has-sante.fr>
- 11) Ziegler O, Bertin E, Jouret B, Calvar R, Sanguignol F, Avignon A, et al. Education thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. *Obésité*. 2014 déc;9(4):302-28
- 12) Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation. 2007 juin. [Enligne]. Disponible sur <https://www.has-sante.fr>
- 13) Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

- 14) OMS, Bureau régional pour l'Europe, Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques, Copenhague, OMS, 1998, 56 p.
- 15) D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique : l'école de Bobigny. 5^{ème} ed. Paris: Maloine ; 2016, 168 p.
- 16) Bandura A, Lecomte J, Carré P. Auto efficacité : le sentiment d'efficacité personnel. 2^{ème} ed. Bruxelles : De Boeck, 2007, 859 p.
- 17) Plan_Obesite_2010_2013.pdf. [En ligne]. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf
- 18) Golay A, Buclin S, Ybarra J, Toti F, Pichard C, Picco N et al. New interdisciplinary cognitive behavioural-nutritional approach to obesity treatment: a 5-year follow-up study. *Eating Weight Disord.* 2004;9(1):29-34.
- 19) Teixeira PJ, Silva MN, Coutinho SR, Palmeira AL, Mata J, Vieira PN et al. Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. *Obesity (Silver Spring)*2010;18:725–35
- 20) Albano MG, Golay A, De Andrade V, Crozet C, D'Ivernois JF. Therapeutic patient education in obesity: analysis of the 2005-2010 literature. *Educ Ther Patient,* 2012;4(2):101-10
- 21) Lang A, Froelicher ES. Management of overweight and obesity in adults: behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006;5:102-14.
- 22) Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie.* 2001;32(2):117-21
- 23) Aubin Auger I. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 84:142–5.
- 24) Teixeira et al. Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women, *International Journal of Obesity.* 2004;28:1124–33
- 25) Favé S, Jolivot A, Desmaris JP, Maurice C, Decullier E, Duquesne B, Laville M. Freins à la participation des patients en stade 3 de la maladie rénale chronique à l'éducation thérapeutique proposée en réseau de sante. *Néphrologie&Thérapeutique.* 2014 ;10:112–17
- 26) IPCEM. Questions à propos de l'éducation thérapeutique. 2013 mai. [En ligne]. Disponible sur <http://www.ipcem.org>
- 27) URML Midi-Pyrénées. Pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi Pyrénées. 2010. 32 p.

- 28) Diligent T. État des connaissances et pratiques en éducation thérapeutique du patient chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Thèse de médecine. Université de Lille 2 ; 2015, 62 p.
- 29) Rootman I, Gordon-El-Bihbety D. Vision d'une culture de la santé au Canada : rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé. Ottawa : Association canadienne de santé publique ; 2008. 10 p.
- 30) Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015 déc;25(6):1053-8.
- 31) Crozet C, Ivernois (d') JF, Marchand C, Albano MG, Gagnayre R. Recherche en éducation thérapeutique : le patient apprenant. Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF), Université de Genève, 2010 sept.
- 32) Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *Am Psychol*. 1992;47(9):1102-14.
- 33) Bocquier A, Paraponaris A, Gourheux JC, Lussault PY, Basdevant A, Verger P. La prise en charge de l'obésité : Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA. Résultats d'une enquête téléphonique. *Presse Med* 2005;34:769-75.
- 34) Thuan JF, Avignon A. Comment les médecins généralistes prennent-ils en charge leurs patients adultes obèses ? Une enquête transversal en Languedoc-Roussillon. *Médecine*. 2006;2(6):276-81
- 35) Rogeaux L. Surpoids et obésité de l'adulte : connaissances, opinions et pratiques des médecins généralistes du département du Tarn et Garonne. Thèse de médecine. Université Joseph Fournier, Faculté de médecine de Grenoble ; 2014, 112 p.
- 36) Barrier P. La bonne santé du malade. Mémoire de DEA en sciences de l'éducation. Sous la direction de JF d'Ivernois. Université René Descartes-Paris V ; 2003.
- 37) Mosnier-Pudar H et Hochberg-Parer G. Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? *Médecine Mal. Métaboliques*. 2008 sept;2(4):425-31
- 38) Jaffiol C, Corvol P, Reach G, Basdevant A, Bertin E. Rapport de l'Académie nationale de médecine : L'éducation thérapeutique du patient, une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine. 2014. [En ligne]. Disponible sur <http://www.academiemedecine.fr/wp-content/uploads/2014/01/jaffiolRapport-ETP-vot%C3%A9-10-XII-13-3.pdf>

- 39) Lacroix A, Assal JP. L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique. 2^e éd. Paris : Maloine ; 2003, 240 p.
- 40) Teixeira et al. Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women, *International Journal of Obesity*. 2004;28:1124–33
- 41) Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW et al. Overweight, obesity, and depression: A systematic review and metaanalysis of longitudinal studies. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2010 mars;67(3):220-29.
- 42) Fairburn C, Marcus M, Wilson G. Cognitive-Behavioral Therapy for Binge Eating and Bulimia Nervosa: A Comprehensive Treatment Manual. In: Fairburn C. et Wilson G - Binge Eating, Nature, Assessment and Treatment. The Guilford Press: New York, 1993: 361-404.
- 43) Fontaine KR, Barofsky I. Obesity and health-related quality of life. *Obes. Rev*. 2001 août;2(3):173-82
- 44) Giordan A. Comment favoriser le changement de comportement ? *Médecine Mal. Métaboliques*. 2010 sept;4(4) :467-72
- 45) Golay A, Lagger G, Giordan A. Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses. *Médecine des maladies Métaboliques*. 2007 mars;1(1) :69-76
- 46) Assal JP, Golay A. Le suivi à long terme des patients chroniques : les nouvelles dimensions du temps thérapeutique. *Rev Med Suisse*. 2001; 3(2353)
- 47) Direction générale de l'offre de soins (DGOS). L'infirmier en pratique avancée : améliorer l'accès au soin en diversifiant l'activité des soignants. [En ligne]. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
- 48) Wieland LS, Falzon L, Sciamanna CN, et al. Interactive computer-based interventions for weight loss or weight maintenance in overweight or obese people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;8:CD007675.
- 49) Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladies chroniques. Des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire. Thèse de doctorat en santé publique. Université catholique de Louvain. 2007. 121 p.
- 50) Pollak KI, Alexander SC, Tulsy JA, Lyna P, Coffman CJ, Dolor RJ, et al. Physician empathy and listening: associations with patient satisfaction and autonomy. *J Am Board Fam Med*. 2011;24(6):665-72.

- 51) Pélicand J, Fournier C, Aujoulat I. Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. *ADSP*. 2009 mars ;66 :21-3
- 52) Mazel E. L'intervention de patients-experts en éducation thérapeutique : vécus de patients atteints de maladie chronique. Etude qualitative d'entretiens semi-directifs. Thèse de médecine. Université de Clermont-Ferrand. 2016 juin. 58 p.
- 53) Debossu N, Gavlak B, Vatin S, Gaubil-Kaladjian I, Grulet J, Humbert P et al. Impact d'un programme d'éducation thérapeutique « réflexif » dans l'obésité, *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 2009 mars ;33(1) :80
- 54) De la Tribonnière X., *Pratiquer l'éducation thérapeutique : l'équipe et les patients*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2016 ; p.13
- 55) Pepin C. *Les vertus de l'échec*. Paris: Allary Editions ; 2016, 189 p.

Annexe I : Guide d'entretien

- 1) Racontez-moi l'histoire de votre maladie (représentation, prise en charge, conséquences)
- 2) Pouvez vous me raconter qui vous a orienté vers l'AFRET et comment on vous a présenté l'association et ce qu'on y faisait ?
- 3) Qu'étiez vous venu chercher et qu'attendiez vous de ces ateliers ?
- 4) Pouvez-vous me parler du vécu de votre premier entretien en individuel avec une personne de l'AFRET ?
- 5) Racontez moi comment s'est (ou se sont) déroulée(s) la (ou les) séances au(x)quelle(s) vous avez participé(e)s ? (déroulement, ressenti, détail de chaque atelier)
- 6) Pour quelles raisons n'avez-vous pas pu assister à l'ensemble des ateliers ?
- 7) Quels impacts ont eu ces ateliers sur votre maladie et sur votre qualité de vie ? (changements de comportement, contact, activité physique, motivation?)
- 8) Quelles modifications du programme aimeriez-vous voir ? (autre forme d'échanges ? autre lieu ? autre sujet à aborder ?) Pistes d'amélioration?
- 9) Que pensez-vous d'une relance éventuelle à participer à ce type de programme ?
- 10) Avez-vous d'autres remarques?

Annexe II

ENTRETIEN – FICHE PATIENT

(Les données seront anonymisées et sont confidentielles)

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

Profession / étudiant / sans emploi / retraité :

Catégorie socioprofessionnelle (Niveau d'études : primaire, CAP/BEP, BAC, études supérieures) :

Situation familiale : marié / en couple/ célibataire. Nombres d'enfants :

Commune :

Mode de vie : URBAIN / RURAL / SEMI-RURAL

Distance par rapport à AFRET Issoire :

Véhiculé : OUI / NON

Pathologie(s) :

ATCD de chirurgie bariatrique : OUI / NON

Score EPICES :

Résultats SF36 :

Année du bilan éducatif à l'AFRET :

Adressé(e) par :

Nombre d'ateliers réalisés :

Noms des ateliers réalisés :

Entourage présent :

Adresse mail si souhait de recevoir l'entretien retranscrit :

Annexe III

Formulaire d'information et de consentement du patient

Évaluation des motifs d'interruption temporaire ou définitive d'un programme d'éducation thérapeutique du patient, dispensé en ambulatoire, chez des patients obèses. Une étude qualitative dans le bassin d'Issoire.

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Clémence GRIER, je suis actuellement à la fin de mes études et, dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse à l'éducation thérapeutique des patients, et particulièrement aux raisons qui font que nous n'avez pas réalisé le programme entièrement.

Ce document vous informe des modalités de ce projet. Une fiche d'information personnelle à compléter par écrit vous sera également remise afin de mieux vous définir, dans un objectif d'évaluation statistique.

Votre participation à l'étude consistera à répondre à des questions posées lors d'un entretien. Les entretiens sont individuels et bénévoles. Les réponses obtenues sont enregistrées (dictaphone) afin de retranscrire par écrit l'exactitude de celles-ci. La durée de l'entretien est variable, entre 30 minutes et une heure, et il se déroulera dans le lieu de votre choix (domicile, lieu de travail).

Les informations recueillies seront anonymisées pour garantir toute confidentialité. L'enregistrement ne servira qu'aux seules fins du projet.

Cette étude ne modifie en rien votre prise en charge. Elle n'impose aucun examen, ni aucun traitement supplémentaire. Il est entendu que votre participation est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Je peux, si vous le souhaitez, vous envoyer par mail l'entretien retranscrit pour que vous me confirmiez la réalité des écrits. Vous pouvez à tout moment exercer un droit d'accès et de rectification auprès des responsables de l'étude ; ce droit pouvant être exercé directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix pour les données médicales vous concernant, en application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Je vous remercie par avance de votre intérêt pour ma recherche. Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Je soussigné, avoir lu les termes de la fiche de consentement et avoir été informé de façon satisfaisante sur la nature et les raisons de ma participation à ce travail sur l'éducation thérapeutique. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Fait à _____ le _____
Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Annexe IV : Caractéristiques des patients

PATIE NTS	Age	Sexe	Profession et niveau d'études	Situation familiale	Entourage motivant	Distance par rapport à AFRET	Véhiculé	Pathologies principales associées	Chirurgie bariatrique	Précariété	Adressé par	Nbre d'ateliers réalisés
P1	22	F	Agent de production Bac Pro	En couple	Oui	entre 10 et 20kms	Oui	Hypothyroïdie	Non	Non	CALORIS	1
P2	70	F	Retraîtée/ CAP	Veuve	Non	entre 10 et 20kms	Oui	Diabète/ HTA/ Arthrose Hypothyroïdie	Non	Oui	HDJ	3 et 3
P3	71	M	Retraité/ CAP boulanger	Maridé	Non	> 20 kms	Oui	Pathologies pulmonaire et cardiaque	Non	Oui	MG	3
P4	43	F	Kinésithérapeute/ BAC +2	Célibataire	Oui	< 5 kms	Oui	Dépression/ Migraines/ RGO	Non	Oui	Bouche à oreilles	1
P5	50	M	Sans emploi/ BAC +3	Célibataire	Non	< 5 kms	Non	Syndrome anxio-dépressif	Non	Oui	Presse	5
P6	65	F	Retraîtée/ Brevet	Mariée	Oui	< 5 kms	Non	Diabète/ HTA/ Dyslipidémie/ Hypothyroïdie/ Dépression/ SAOS/ Asthme	En cours de bilan	Non	CHU Nutrition	4
P7	53	F	Sans emploi/ BEP	En couple	Oui	entre 10 et 20kms	Oui	Polyalgie diffuse/ Cirrhose du foie	Non	Oui	HDJ	5
P8	64	M	Retraité/ CAP	Veuf	Non	> 20 kms	Oui	Diabète/ ACFA/ Maladie de Charcot/ LLC/ PTG	Non	Non	Diététicien	5
P9	50	F	Assistante d'agence/ BAC+2	Mariée	Non	< 5kms	Oui	Asthme/ Dépression	Sleeve (2014)	Non	HDJ	2
P10	72	F	Retraîtée/ BAC + 1	Veuve	Non	entre 10 et 20kms	Oui	HTA/ Arthrose/ Kyste nerf auditif opéré/ Hypothyroïdie	Non	Non	Diététicienne	5
P11	44	M	Invalidité/ CAP platrier	Célibataire	Oui	> 20 kms	Oui	Diabète/ SpA	Non	Non	HDJ	1
P12	51	M	Routier/ BEP	Célibataire	Non	entre 10 et 20kms	Oui	SAOS	Non	Oui	Durtol	4
P13	67	F	Retraîtée / BAC + 3	Mariée	Oui	> 20 kms	Oui	BPCO/ HTA/ Hypothyroïdie/ Diabète	Non	Non	Affiche	5
P14	29	F	Ingénieure/ BAC + 5	Pacsée	Non	< 5 kms	Oui	0	Non	Non	Affiche	3
P15	73	F	Retraîtée/ Brevet	Mariée	Non	< 20 kms	Oui	Diabète/ HTA/ Hypothyroïdie	Non	Oui	Cardiologue	5
P16	48	F	Invalidité/ BEP puis diplôme Auxiliaire puériculture	En couple	Non	< 5 kms	Oui	Asthme sévère avec insuffisance respiratoire et O2/ HTA/ cancer thyroïde/ Fibromyalgie/ AVC	Non	Oui	AFRET	3

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

RESUME DE LA THESE

CONTEXTE : L'Education thérapeutique du Patient (ETP) constitue la pierre angulaire de la prise en charge de l'obésité. L'Association pour la Formation et la Recherche en Education Thérapeutique (AFRET) à Issoire propose aux patients obèses un programme ambulatoire d'ETP tourné vers les sensations alimentaires, l'estime de soi et l'importance de l'activité physique. Depuis l'instauration du programme, la moitié des patients ne participe pas aux 6 ateliers proposés.

OBJECTIF : Evaluer les motifs d'interruption du programme et observer si cet arrêt prématuré impactait sur les objectifs initiaux.

METHODES : Etude qualitative exploratoire par entretiens semi-dirigés de patients n'ayant pas réalisé entièrement le programme obésité de l'AFRET. Les entretiens ont été retranscrits puis analysés selon la méthode de la théorie ancrée avec triangulation des données.

RESULTATS : Nous sommes arrivés à saturation des données au bout de 13 entretiens, 3 entretiens supplémentaires ont été réalisés. Les principaux motifs d'interruption du programme, autres que les causes involontaires comme l'incompatibilité des horaires, étaient la méconnaissance des objectifs de l'ETP dans la prise en charge de l'obésité, responsable d'une déception par rapport aux attentes et une incompréhension de la finalité des ateliers. Un autre motif était la pratique en groupe parfois source de souffrance psychologique car cela renvoyait une image d'eux-mêmes difficile à accepter, ou par manque d'intérêt pour l'expérience des autres. D'autres patients choisissaient de ne participer qu'aux ateliers qui les intéressaient. Malgré leur interruption, plusieurs patients ont modifié leur comportement, contribuant à l'amélioration de leur qualité de vie.

CONCLUSION : Cette étude nous montre la nécessité d'insister sur les objectifs et la finalité du programme parallèlement aux attentes du patient pour ne pas entraîner de déception. En revanche, la participation incomplète au programme ne semble pas impacter l'objectif principal d'amélioration de la qualité de vie des patients. Une prise en charge individualisée pourrait être intéressante parallèlement au travail en groupe.

Mots-clés : obésité, éducation thérapeutique du patient, interruption, recherche qualitative