



**HAL**  
open science

# L'abord du surpoids par les étudiants de troisième cycle en consultation de médecine générale à travers les portfolios

Mathilde Laurent

## ► To cite this version:

Mathilde Laurent. L'abord du surpoids par les étudiants de troisième cycle en consultation de médecine générale à travers les portfolios. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03548726

**HAL Id: dumas-03548726**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03548726>**

Submitted on 31 Jan 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE LA REUNION**

**UFR SANTE**

Année : 2021

N° : 2021LARE093M

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**L'abord du surpoids par les étudiants de troisième cycle en  
consultation de médecine générale à travers les portfolios**

Présentée et soutenue publiquement le 23 novembre 2021 à 19 heure à  
La Réunion

**Par Mathilde LAURENT**

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE, rapporteur**

**Madame la Docteure Jessica DUMEZ**

**Madame la Docteure Laure RASCHILAS**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Grégory REIX**

## Table des matières

<b><i>LISTE DES ABREVIATIONS</i></b> .....	<b>5</b>
<b><i>LISTE DES FIGURES</i></b> .....	<b>6</b>
<b><i>LISTE DES TABLEAUX</i></b> .....	<b>6</b>
<b><i>INTRODUCTION</i></b> .....	<b>7</b>
<b>A. Le surpoids et l'obésité</b> .....	<b>7</b>
1. Définitions et complications .....	7
2. Obésité infantile : spécificités .....	7
<b>B. Épidémiologie</b> .....	<b>7</b>
<b>C. Programmes nationaux luttant contre l'excès pondéral</b> .....	<b>8</b>
<b>D. Le rôle des médecins généralistes et leurs difficultés</b> .....	<b>8</b>
<b>E. Représentations et ressenti des patients</b> .....	<b>9</b>
<b>F. Le cursus des internes de médecine générale</b> .....	<b>9</b>
<b>G. Le portfolio</b> .....	<b>9</b>
1. Généralités.....	9
2. L'élaboration du RSCA.....	10
<b>H. Objectifs et hypothèses</b> .....	<b>10</b>
1. Utilisation des PF dans notre question de recherche .....	10
2. Question de recherche.....	11
3. Hypothèses de l'étude .....	11
4. Objectifs de l'étude .....	11
<b><i>MATERIEL ET METHODE</i></b> .....	<b>12</b>
<b>A. Type d'étude</b> .....	<b>12</b>
<b>B. Population de l'étude</b> .....	<b>12</b>
<b>C. Recueil des données</b> .....	<b>13</b>
1. Phase 1 : Analyse descriptive des RSCA .....	13
2. Phase 2 : Analyse qualitative du contenu des RSCA .....	14
<b>D. Méthode</b> .....	<b>14</b>
1. Recueil des portfolios.....	14
2. Analyse qualitative, phase 2 .....	14
<b>E. Éthique</b> .....	<b>14</b>

<b>F. Journal de bord .....</b>	<b>14</b>
<b><i>RESULTATS</i> .....</b>	<b>15</b>
<b>A. Phase 1 : Analyse descriptive des RSCA .....</b>	<b>15</b>
1. Population étudiée.....	15
2. Genre de l'étudiant .....	16
3. Occurrences du poids du patient dans les RSCA.....	16
4. Occurrences du surpoids dans les RSCA .....	16
5. Compétences abordées par les RSCA ayant une problématique de surpoids .....	17
6. Qualité des RSCA selon CNGE .....	17
7. Tableau récapitulatif des PF inclus en phase 2 .....	18
8. Caractéristiques des patients des RSCA étudiés en phase 2.....	19
<b>B. Phase 2 : Analyse qualitative des RSCA ayant une problématique abordant le surpoids....</b>	<b>20</b>
1. Abord du poids.....	20
2. Particularités des patients en surpoids diabétique.....	21
3. La consultation.....	23
4. Leur prise en charge après recherche documentaire .....	27
5. Les difficultés lors de la prise en charge d'un patient en surpoids .....	32
6. Les références et les traces d'apprentissage .....	34
<b><i>DISCUSSION</i>.....</b>	<b>36</b>
<b>A. Forces et faiblesses de l'étude .....</b>	<b>36</b>
1. Forces.....	36
2. Faiblesses .....	36
<b>B. Résultats principaux .....</b>	<b>38</b>
1. Le médecin, principal intervenant dans l'abord du poids.....	38
2. L'approche globale.....	39
3. L'éducation thérapeutique .....	39
4. L'entretien motivationnelle : clé de la réussite.....	40
5. La coordination pluridisciplinaire, autre pilier de la réussite.....	41
6. Le manque de temps et la rémunération .....	41
<b>C. Comparaison à la littérature .....</b>	<b>42</b>
<b>D. Perspectives.....</b>	<b>43</b>
<b><i>REFERENCES</i> .....</b>	<b>44</b>
<b><i>ANNEXES</i> .....</b>	<b>49</b>

<b>A.</b>	<b>Annexe 1 : Marguerite des compétences (26).....</b>	<b>49</b>
<b>B.</b>	<b>Annexe 2 : Grille d'évaluation d'un RSCA par le CNGE. Critères d'évaluation détaillés (51) .....</b>	<b>50</b>
<b>C.</b>	<b>Annexe 3 : Journal de bord .....</b>	<b>52</b>
<b>D.</b>	<b>Annexe 4 : Résultats de la qualité des RSCA selon la grille du CNGE .....</b>	<b>53</b>
<b>E.</b>	<b>Annexe 5 : Serment d'Hippocrate .....</b>	<b>54</b>

## LISTE DES ABREVIATIONS

CNIL	Commission national de l'informatique et des libertés
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
DES	Diplôme d'état spécialisé
EM	Entretien motivationnel
ECN	Épreuves classantes nationales
ETP	Éducation thérapeutique des patients
HAS	Haute Autorité de santé
IMC	Indice de masse corporelle
IMG	Interne de médecine générale
MG	Médecine générale
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PF	Portfolio
RHD	Règles hygiéno-diététiques
RSCA	Récits de situations complexes et authentiques
SASPAS	Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Diagramme de flux .....	15
Figure 2 : Répartition des occurrences du poids sur la totalité des données .....	16
Figure 3 : Modélisation des principaux résultats .....	38

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Répartition par genre de l'étudiant .....	16
Tableau 2 : Tableau récapitulatif des PF inclus en phase 2 .....	18
Tableau 3 : Population des patients des RSCA inclus en phase 2.....	19

## INTRODUCTION

### A. Le surpoids et l'obésité

#### 1. Définitions et complications

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le surpoids et l'obésité sont une accumulation anormale de graisse pouvant nuire à la santé. L'indice de masse corporelle (IMC), égal au poids divisé par le carré de la taille et exprimé en  $\text{kg/m}^2$ , permet de définir le surpoids (IMC entre 25 inclus et  $30 \text{ kg/m}^2$ ) et l'obésité (IMC égal à  $30 \text{ kg/m}^2$  et plus).

Le surpoids favorise les maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, les troubles musculo-squelettiques (en particulier l'arthrose) et certains cancers (de l'endomètre, du sein, des ovaires, de la prostate, du foie, de la vésicule biliaire, du rein et du colon) (1). Le surpoids peut avoir des conséquences psychosociales : perte de confiance en soi, tendance au repli sur soi, discrimination et isolement (2). Les médias et la société aggravent cette stigmatisation ressentie par les patients (3,4).

#### 2. Obésité infantile : spécificités

Pour le dépistage du surpoids chez l'enfant, il faut reporter le poids, la taille et l'IMC de l'enfant dans des graphiques de courbes spécifiques (5). L'étude de la courbe IMC va permettre de rechercher une accélération pondérale précoce. Le diagnostic d'obésité infantile repose donc sur des critères évolutifs.

### B. Épidémiologie

Dans le monde, plus de 1,9 milliard d'adultes étaient en surpoids (39 % de la population mondiale) dont 650 millions d'obèses (13 %) (3). Le surpoids et l'obésité font davantage de morts que l'insuffisance pondérale.

En France, le coût de l'obésité serait de 2,8 milliards d'euros pour les soins de ville et 3,7 milliards d'euros pour l'hôpital (6). Le trésor public évalue à 20,4 milliards d'euros en 2012 le coût du surpoids et obésité (7).

À La Réunion, quatre réunionnais majeurs sur dix (39,6 %) sont en surpoids (41 % en France métropolitaine) dont 11,4 % d'obésité (12 % en France métropolitaine) (8). Les femmes sont

davantage touchées par l'obésité à La Réunion que les hommes (14,4 % contre 8,2 %), contrairement à la métropole (12 %, sexe ratio à 1).

À Mayotte, seuls 46 % des hommes et 19 % des femmes ont une corpulence « normale ». L'obésité est très fréquente chez la femme à 47 % (dont 6 % d'obésité morbide soit un IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>) et moins fréquente chez l'homme à 19 % (9).

Chez les enfants et adolescents, la fréquence de la surcharge pondérale varie entre 8 et 14 % selon les tranches d'âge au niveau national (10). En 2015, au niveau national, 3,6 % des enfants scolarisés en classe de CM2 étaient en situation d'obésité contre 8 % des enfants en classe de 6<sup>ème</sup> à La Réunion.

### **C. Programmes nationaux luttant contre l'excès pondéral**

Le 4<sup>ème</sup> programme national nutrition santé 2019-2023 et le plan obésité 2010-2013 promeuvent la nutrition pour améliorer la santé de la population (11) (12). Ils contribuent à la feuille de route ministérielle actuelle (2019-2022) visant à lutter contre l'obésité (6). Ces programmes identifient le médecin généraliste comme acteur dans l'organisation de soin, la prévention et le dépistage de l'obésité.

À La Réunion, des mesures et des actions spécifiques ont été élaborées par le plan obésité en direction des populations d'Outre-mer (12). Le plan vise à améliorer l'offre alimentaire, favoriser la pratique de l'activité physique, renforcer la surveillance de l'état nutritionnel et améliorer le dépistage et la prise en charge de l'obésité et des pathologies associées. Le dernier axe du plan s'intéresse à la communication en langue créole et à l'éducation nutritionnelle.

### **D. Le rôle des médecins généralistes et leurs difficultés**

Les médecins généralistes sont les acteurs principaux des soins primaires selon la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA) (13). La Haute Autorité de santé (HAS) recommande de repérer systématiquement à la première consultation puis régulièrement le surpoids et l'obésité chez les patients consultant en médecine générale (14). Le succès d'une consultation abordant la thématique du surpoids dépend d'une relation médecin-patient de qualité, de la confiance établie et d'une communication appropriée (3,15).

Les médecins savent qu'ils ont un rôle à jouer dans l'obésité de leurs patients mais cette prise en charge est souvent jugée difficile (16,17). Certains médecins généralistes délèguent la prise en charge du surpoids à d'autres professionnels de santé ou parfois décident de ne pas l'aborder. Parmi ces freins sont retrouvés l'épuisement et la lassitude liés à la prise en charge de cette pathologie (18–20).

### **E. Représentations et ressenti des patients**

Le patient a des représentations sur son corps et sur la cause de son excès de poids qui peuvent différer de celles des professionnels de santé. Les patients aimeraient que leurs médecins soient à leur écoute, qu'ils aient une prise en charge globale, qu'ils ne donnent pas uniquement des conseils hygiéno-diététiques, ressentis comme difficiles à suivre (15).

### **F. Le cursus des internes de médecine générale**

Pour cette étude, nous étudions les portfolio (PF) de plusieurs promotions d'étudiants. Les terrains sont : niveau 1 (médecin généraliste, cabinet de permanence de soin, centre de PMI (Protection maternelle et infantile), médecine scolaire, médecine militaire), SASPAS (Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée), service de médecine polyvalente (gastro-entérologie, gériatrie, médecine interne, ...), service de pédiatrie, service de gynécologie.

### **G. Le portfolio**

#### **1. Généralités**

Pendant leur troisième cycle, les internes font l'apprentissage du savoir-agir permettant une ou plusieurs réponses à une problématique rencontrée par le médecin ou le patient en situation authentique de soin (21). Cet apprentissage accepte et valorise la complexité du soin : *« observer le patient dans son contexte mais aussi (...) réaliser une approche systémique qui apprécie simultanément ses dimensions biomédicales, psycho-relationnelles et socio-environnementales »* (22).

Un des outils d'apprentissage de l'étudiant est le portfolio qui regroupe des récits de situations complexes et authentiques (RSCA). Le RSCA est une technique d'écriture clinique réflexive à visées formative et évaluative. La mobilisation des compétences de l'étudiant, sa réflexivité et le choix des situations rencontrées sont des données accessibles dans les RSCA (23,24).

A partir de 2016/2017, le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) élabore un consensus d'ordre national portant sur le portfolio et sur le RSCA (25).

L'évaluation du PF a une fonction formative et certifiante. Elle est réalisée selon des critères qualitatifs et quantitatifs reposant sur la réflexivité, les 6 domaines de compétences en médecine générale et les 11 familles de situations (26,27). L'étudiant connaît ces critères car il utilise une grille d'auto-évaluation pour chaque RSCA (28). A La Réunion (28), la validation du diplôme d'état spécialisé (DES) de médecine générale comprend la validation de l'ensemble des stages, des enseignements et la réalisation puis la soutenance d'un mémoire : le portfolio. Les internes doivent composer 8 RSCA avec chacun 3 problématiques choisies.

## 2. L'élaboration du RSCA

Un RSCA peut être nommé script. Il doit être constitué de 5 parties (21) :

- *La narration* : la situation est dans le champ de la médecine générale. Elle est écrite à la première personne, mettant le soignant au centre de l'action. Le contexte est décrit par le lieu, le stage et la date. Le récit contient l'histoire médicale du patient avec la biographie et le contexte. L'étudiant doit donner son ressenti, décrire l'interaction entre le patient, l'environnement et lui.
- *L'analyse de la situation et la problématisation* : l'interne en médecine générale (IMG) passe d'une logique descriptive à une logique analytique. Elle débute par une justification sur le choix du récit, suivi des problématiques rencontrées.
- *La recherche* : elle doit être argumentée par des références bibliographiques actuelles et un certain niveau de preuve. Elle se conclue par une application au patient du récit grâce aux recherches.
- *La synthèse* : elle met en avant l'impact des modifications des connaissances, des compétences et des comportements.
- *L'auto-évaluation* : l'IMG reprend la grille d'auto-évaluation.

## H. Objectifs et hypothèses

### 1. Utilisation des PF dans notre question de recherche

Notre travail utilise les PF pour obtenir des données quantitatives et qualitatives concernant l'abord du surpoids en consultation.

Le support PF a pu être utilisé dans différents travaux ces dernières années (29–31). Par exemple, le travail de thèse d'Elvire Geonget a étudié les difficultés rencontrées par les

étudiants face aux patients ayant un mésusage de l'alcool (29), celui de Marc Delbos a étudié l'évolution de la problématique de la vape (30). Aucun travail n'a été réalisé sur la problématique du surpoids/obésité à travers les écrits des portfolios.

Nous avons retrouvé peu de travaux concernant les étudiants : la thèse de Gros Lambert et Perez s'est intéressée à la prise en charge globale des personnes obèses par une étude qualitative en focus groupe (32) et la thèse de Desavire a évalué les connaissances sur le dépistage et la prise en charge de l'obésité infantile (33).

## 2. Question de recherche

Quelles sont les prises en charges proposées par les étudiants et leurs difficultés en consultation de médecine générale face à un patient en surpoids, à travers les portfolios ?

## 3. Hypothèses de l'étude

- Les étudiants sont confrontés à la problématique du surpoids au cours de leur cursus et la tracent dans leur portfolio.
- Ils se retrouvent en difficultés pour aborder la thématique du poids par manque de connaissances (nutrition, réseaux et ressources territoriales) et de compétences (communication, entretien motivationnel, éducation thérapeutique).

## 4. Objectifs de l'étude

### Objectif primaire

- Décrire les prises en charge proposées par les étudiants, ainsi que leurs difficultés en consultation, lorsqu'ils identifient une problématique de surpoids.

### Secondaires

- Identifier les connaissances et les compétences que les internes pensent devoir acquérir.
- Évaluer la qualité du récit selon la grille du CNGE ;
- Décrire l'apport du PF sur l'amélioration de la prise en charge du patient par les étudiants ;
- Décrire les références et les traces d'apprentissage des étudiants

## MATERIEL ET METHODE

### A. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude mixte descriptive puis qualitative, menée à partir des PF de promotions d'étudiants de médecine générale.

L'étude s'est déroulée en deux phases : une phase 1 d'analyse descriptive des RSCA puis une phase 2 d'analyse inductive.

### B. Population de l'étude

La population source est constituée des étudiants en médecine générale de 3<sup>ème</sup> cycle ayant soutenu leur portfolio pendant la période 2018 à 2020.

Pour la phase 1, les critères d'inclusion et exclusion des internes de médecine :

Critères d'inclusion :

- Les IMG ayant soutenus leurs PF au cours des années universitaires 2018 à 2020.

Critères d'exclusion :

- Les IMG dont les PF sont non exploitables (erreur format).

Pour la phase 2, tous les RSCA rentrant dans les critères d'inclusion sont inclus dans l'étude qualitative :

Critères d'inclusion :

- Le RSCA décrit une situation en cabinet de médecine générale
- Le RSCA décrit la prise en charge d'un patient en surpoids
- Le RSCA a au moins une problématique qui se rapporte à la thématique du surpoids

Critères d'exclusion :

- Le RSCA décrit une situation hors cabinet de médecine générale
- Le RSCA n'ayant pas de problématique en rapport avec la thématique du surpoids

*NB : Nous avons décidé de choisir le mot « surpoids » dans ce travail pour englober surpoids et obésité.*

### C. Recueil des données

#### 1. Phase 1 : Analyse descriptive des RSCA

##### a) **Données des étudiants et de leur PF**

- Genre de l'étudiant

Les PF ayant été anonymisés, le genre de l'étudiant est déterminé par déduction des accords grammaticaux dans le récit et l'analyse.

- Nombre de RSCA faisant occurrence au poids du patient

Le poids est recherché dans la totalité des PF. Il est analysé par la recherche des mots-clés « kg », « poids » ou « surpoids » ou « perte » ou « obésité » ou « obèse » ou « régime ».

- Nombre de RSCA évoquant le surpoids

Un excès de poids, évoqué par l'étudiant, est recherché dans le RSCA.

- Lieux de stage et semestre de l'étudiant

Les lieux du stage et le semestre sont recherchés dans le contexte du récit.

- Nombre de RSCA ayant une problématique surpoids

Le nombre de RSCA ayant au moins une problématique sur le surpoids.

##### b) **Données sur les RSCA avec une ou plusieurs problématiques**

- Genre et âge du patient

- Compétences sollicitées par la problématique proposée par l'étudiant

Nous avons cherché à déterminer la compétence sollicitée par la problématique abordant le surpoids. Nous avons utilisé le référentiel métier décrivant les compétences des médecins généralistes (26) (ANNEXE 1) : premier recours, éducation à la santé, coordination et soin, approche centrée patient, relation et communication, approche globale et complexité.

- Qualité du récit selon la grille du CNGE

Le département de médecine générale de La Réunion utilise la grille du CNGE. Différents modules sont évalués : la complexité, la narration de la situation, la problématisation et les objectifs de l'étude, la recherche documentaire et la synthèse de la situation clinique. Ils sont évalués selon 3 niveaux : pertinent, améliorabile et insuffisant.

Nous avons évalué la qualité des récits des RSCA inclus dans l'étude selon la grille nationale de CNGE, synthétisée par une note sur 20 (ANNEXE 2 et 4).

## 2. Phase 2 : Analyse qualitative du contenu des RSCA

Nous avons utilisé la population de RSCA inclus en phase 1 puis rajouter des critères d'inclusion et exclusion spécifiques aux RSCA pour une analyse inductive thématique.

### **D. Méthode**

#### 1. Recueil des portfolios

Les étudiants avaient déposé leur PF à la fin de leur cursus sur l'espace numérique de travail. Le document numérique était sous format de PDF. La faculté a procédé à une anonymisation des documents.

#### 2. Analyse qualitative, phase 2

L'étude s'inspirait de l'analyse inductive générale. Celle-ci débutait par un étiquetage des RSCA, mot à mot. Des propriétés puis des catégories se sont identifiées afin de permettre de modéliser un modèle explicatif. Elle est réalisée par la doctorante à l'aide du logiciel NVIVO®. L'analyse s'est finie à la fin du corpus.

### **E. Éthique**

Une demande d'autorisation de travail sur les PF a été validée par le département de médecine générale.

L'étude correspond à une méthodologie de référence MR-004 de la Commission national de l'informatique et des libertés (CNIL). Le consentement n'est pas obligatoire pour l'utilisation des données. Cependant une notice d'information a été envoyée aux étudiants par email. Les portfolios ont été anonymisés en amont par le service informatique.

Une déclaration au délégué à la protection des données de l'université conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) a été envoyée.

### **F. Journal de bord**

L'étudiante a écrit un journal de bord tout le long de l'étude pour suivre l'évolution de la démarche, exprimer ses difficultés et ses idées nouvelles (ANNEXE 3).

RESULTATS

A. Phase 1 : Analyse descriptive des RSCA

1. Population étudiée

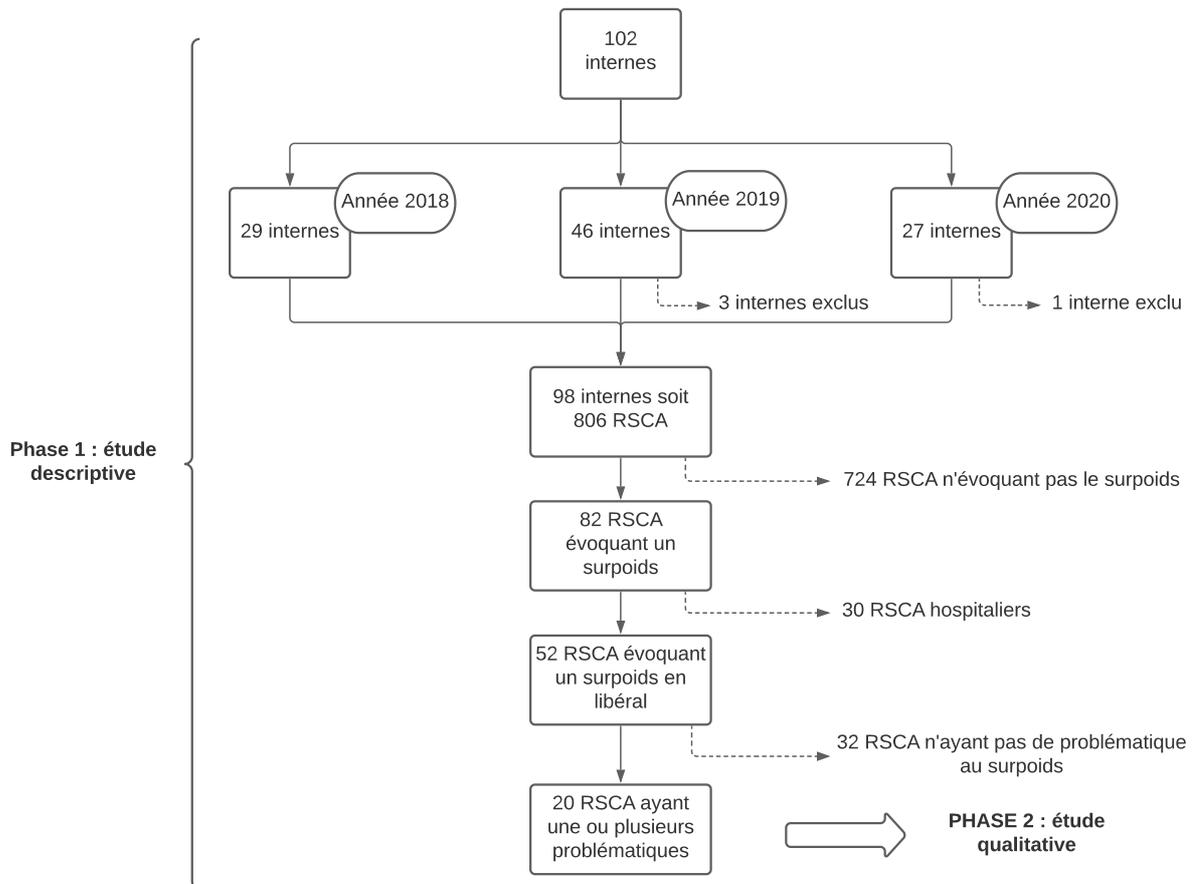
La faculté de médecine a transmis 102 PF d'internes de trois promotions :

- Année 2018 : 29 PF d'internes analysés sur les 29 transmis.
- Année 2019 : 43 PF d'internes analysés sur les 46 transmis (2 sont retrouvés modifiés en 2020 et 1 PF non exploitable)
- Année 2020 : 26 PF d'internes analysés sur les 27 transmis (1 doublon)

Pour la phase 1, les 98 PF analysés contenaient 806 RSCA (entre 8 et 14 par PF).

Pour la phase 2, seulement 20 RSCA sont retenus pour l'analyse qualitative

Figure 1 : Diagramme de flux



## 2. Genre de l'étudiant

Tableau 1 : Répartition par genre de l'étudiant

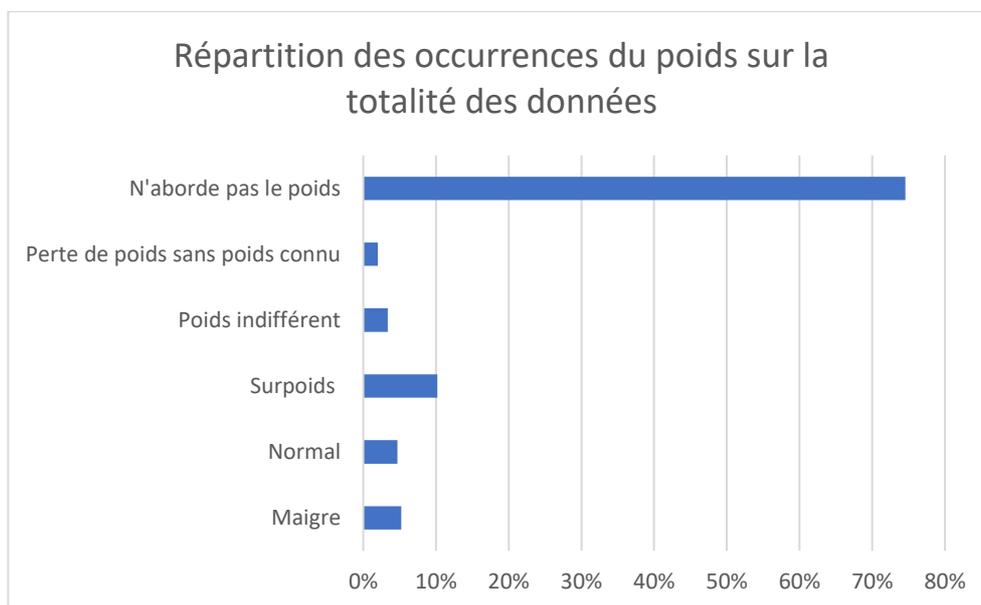
	Femme	Homme	TOTAL
2018	19	10	29
2019	22	21	43
2020	11	15	26
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>46</b>	<b>98</b>

## 3. Occurrences du poids du patient dans les RSCA

Sur les 806 RSCA analysés, 205 RSCA faisaient référence à un poids ou une perte de poids dans leur récit ou l'analyse. Le surpoids du patient est évoqué 82 fois.

Pour l'item « perte de poids », cela concernait les patients ayant une perte de poids avec une absence de poids identifiés. Ceux ayant « une maigreur avec une perte de poids » sont classés dans « maigre ».

Figure 2 : Répartition des occurrences du poids sur la totalité des données



## 4. Occurrences du surpoids dans les RSCA

Sur 205 occurrences du poids dans les RSCA, 82 concernaient des patients en surpoids lors d'un stage en libéral ou hospitalier. Nous trouvons 52 occurrences de patients en surpoids en libéral contre 30 en hospitalier.

Les services hospitaliers, lorsque le poids étaient évoqués, étaient :

- Service d'urgence (de garde) : 8 occurrences
- Service gynécologique (Urgence ou consultation IVG) : 5 occurrences
- Service de cardiologie, néphrologie, gastro-entérologie : 5 occurrences
- Service médecine polyvalente / interne : 4 occurrences
- Service de psychiatrie / addictologie : 3 occurrences
- Service endocrino-diabétologie : 3 occurrences
- Service de la sécurité sociale : 1 occurrences
- Service PASS (permanence d'accès aux soins de santé) : 1 occurrences

En libéral, 31 RSCA décrivaient une situation où l'étudiant était en stage de niveau 1, 19 RSCA en SASPAS et 2 RSCA en tant que remplaçant.

#### 5. Compétences abordées par les RSCA ayant une problématique de surpoids

Sur les 52 RSCA, **20 RSCA** proposaient 29 problématiques en rapport avec la thématique du surpoids. Les connaissances et compétences abordées étaient :

- Premier recours :
  - o Obésité infantile : 5 problématiques
  - o Abord alimentations : 5 problématiques
- Approche globale et complexe de l'obésité : 3 problématiques
- Coordination : 4 problématiques
  - o Kinésithérapie dans la gonarthrose
  - o Traitement chirurgical : 2 problématiques
  - o Réseau REPOP
- Relation patient-médecin : 6 problématiques
- Éducation en santé : Éducation thérapeutique chez le patient diabétique (ETP) : 5 problématiques
- Professionnalisme : 1 problématique

#### 6. Qualité des RSCA selon CNGE

Les notes de RSCA allaient de 5 à 19 avec une moyenne de 14,5 (ANNEXE 4) :

- 2 RSCA avec une note entre 5 et 9 sur 20
- 7 RSCA avec une note entre 10 et 14 sur 20
- 11 RSCA avec une note entre 15 et 19 sur 20

7. Tableau récapitulatif des PF inclus en phase 2

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des PF inclus en phase 2

	Genre de l'interne : F/H	Stage/ Semestre	Nombre de problématiques en rapport avec l'obésité	Compétences abordées	Qualité du récit sur 20
1	F	N1 / S4	2	Coordination : <i>kinésithérapie dans la gonarthrose chez une patiente en surpoids</i> Relation patient-médecin	17
2	H	SASPAS/ S5	1	Premier recours : <i>obésité infantile</i>	19
3	H	SASPAS/ S5	1	Premier recours : <i>obésité infantile</i>	10
4	F	SASPAS/ ?	1	Éducation en santé : <i>ETP pour diabétique</i>	14
5	F	Niveau 1 / S4	1	Relation patient-médecin	19
6	F	SASPAS/ S6	2	Premier recours : <i>abond alimentation</i> Relation patient-médecin	16
7	F	Niveau 1/ S5	1	Approche globale et complexe : <i>obésité</i>	19
8	H	Niveau 1/ S3	2	Éducation en santé : <i>ETP diabète</i> Approche globale et complexe : <i>obésité</i> Relation patient-médecin	10
9	H	Remplacement	1	Premier recours : <i>obésité infantile</i>	11
10	F	Niveau 1 / S4	2	Premier recours : <i>obésité infantile</i> Relation patient-médecin	9
11	F	Niveau 1 / S5	2	Premier recours : <i>obésité infantile</i> Coordination des soins : <i>réseau REPOP</i>	10
12	F	SASPAS/ S6	1	Éducation en santé : <i>ETP diabète</i>	18
13	H	Niveau 1/ S3	1	Éducation en santé : <i>ETP diabète</i>	5
14	F	Niveau 1 / ?	1	Éducation en santé : <i>ETP diabète</i>	12
15	F	SASPAS/ S5	2	Premier recours : <i>abond alimentation chez une patiente diabétique</i> Coordination : <i>traitement chirurgical</i>	15
16	H	Niveau 1 / S3	3	Relation patient-médecin Premier recours : <i>abond alimentation</i> Professionalisme	12
17	F	Remplacement	1	Coordination : <i>traitement chirurgical</i>	16
18	H	Niveau 1/ S6	1	Premier recours : <i>abond alimentation</i>	18
19	F	SASPAS/ S6	1	Premier recours : <i>abond alimentation</i>	16
20	F	SASPAS/ S6	1	Approche globale et complexe : <i>obésité</i>	17

8. Caractéristiques des patients des RSCA étudiés en phase 2

Sur les 20 RSCA inclus, **4 RSCA concernaient des jeunes patients** (9, 14, 15 et 17 ans) avec des problématiques centrées sur l'obésité infantile ou de l'adolescent. Un 5<sup>e</sup> RSCA traitait de la thématique du poids chez l'adolescent or la patiente avait 19 ans.

Trois RSCA concernaient des patients adultes sans âges spécifiés.

Quinze récits concernaient des patients adultes dont l'âge variait entre 19 ans et 63 ans, avec une majorité de patient de plus de 50 ans.

Les 20 RSCA concernaient 13 femmes et 7 hommes.

Tableau 3 : Population des patients des RSCA inclus en phase 2

	Genre : F/H	Age	IMC
R1	F	Adulte	34,5
R2	F	<b>17</b>	53,2
R3	H	<b>9</b>	21,9
R4	H	52	36,73
R5	H	55	33
R6	H	44	34,3
R7	F	38	39
R8	F	40	40
R9	H	<b>15</b>	33
R10	F	19	?
R11	H	<b>14</b>	32
R12	F	Adulte	?
R13	H	Adulte	?
R14	F	54	28,2
R15	F	63	32,85
R16	F	50	36
R17	F	48	40,4
R18	F	59	29,41
R19	F	22	33
R20	F	52	41,64

## **B. Phase 2 : Analyse qualitative des RSCA ayant une problématique abordant le surpoids**

### 1. Abord du poids

#### **a) Le poids est rarement le motif initial de la consultation**

Les patients venaient rarement pour la prise en charge de leur surpoids, seulement 2 récits décrivaient une demande du patient ou du parent.

*R9 : « Mme A. dit alors qu'elle aimerait qu'on parle du poids de Nolan »*

*R17 : « Mme C. dit qu'elle a une autre demande pour moi aujourd'hui : elle souhaite que je l'adresse à nouveau au service d'endocrinologie pour pouvoir refaire la demande de chirurgie bariatrique. »*

Un spécialiste a adressé le patient pour la prise en charge du surpoids.

*R16 : « Elle apporte avec elle le résultat d'une polysomnographie mettant en évidence une apnée du sommeil modérée pour laquelle il lui est recommandé en conclusion de perdre du poids. »*

#### **b) Outils pour aider à aborder le poids**

Les étudiants se sont aidés de plusieurs outils pour aborder le poids avec le patient.

##### (1) La balance : outil majeur

L'examen débutait généralement par l'utilisation de la balance.

*R3 : « Je le fais monter sur la balance : 40 kg. »*

*R11 : « L'enfant F pèse 88 kg »*

*R18 : « Je lui propose de se peser avant de retourner au bureau : 85 kg pour 1 m 70, soit un IMC à 29,41 et donc un surpoids bien confirmé. »*

Certains patients ont commenté leurs poids pour aboutir à un entretien.

*R18 : « Je lui propose de se peser [...] Mme D. me dit ne pas comprendre son poids. »*

*R20 : « commence par la peser. 112 kg pour 1,64m. - Oh la la ça a encore augmenté, pourtant je fais attention Docteur, je vous promets ! »*

Un des internes interrogeait la patiente en surpoids suite à cette utilisation. Elles se sont entretenues sur les raisons de la perte de poids pour aboutir à une problématique pour l'IMG.

R19 : « je lui demande de monter sur la balance [...] Je m'apprête à noter toutes les informations dans mon dossier lorsque je m'aperçois que son poids antérieur est de 95kg. Vous avez perdu 3kg, c'est voulu ? »

Un patient a refusé la pesée, l'étudiant n'a pas insisté et a respecté sa décision.

R12 : « Je lui propose alors de se peser, elle me répond que « ce n'est pas la peine » vu que son poids est stable »

## (2) Courbe de poids

La courbe de croissance est utilisée comme support de communication avec les parents. Elle a permis de visualiser facilement l'obésité de l'enfant.

R3 : « Tout en lui montrant la courbe de poids qui s'éloigne de plus en plus des dérivations standards »

R9 : « Je lui propose de regarder ensemble sa courbe de poids, il est effectivement bien au-dessus de la moyenne pour son âge, son IMC à 33 ne rentre pas sur le graphique et sort de la page »

## (3) Symptômes

Certains étudiants s'appuyaient sur les symptômes du patient pour démontrer l'importance de la perte de poids.

R7 : « Après toutes ces questions, je lui dis que ces douleurs du rachis pourraient diminuer avec une perte de poids »

R16 : « J'entreprends alors de lui expliquer pourquoi absolument tous ses problèmes de santé sont en fait la conséquence d'un seul et même problème : son « surpoids ». »

### c) Pas d'abord du surpoids

Malgré un surpoids constaté par les internes, certains ne l'ont pas évoqué avec les patients. Ils se sont concentrés sur la prise en charge d'un diabète déséquilibré ou des facteurs de risques cardio-vasculaires. Aucun élément du récit ne permet d'expliquer le non-abord de la thématique surpoids en consultation.

## 2. Particularités des patients en surpoids diabétique

### a) Absence d'abord du surpoids avec le patient diabétique

Les étudiants constataient le surpoids assez tardivement dans certains récits.

R8 : « L'IMC de la patiente est supérieur à 40 kg/m<sup>2</sup>. »

R14 : « en dehors d'un surpoids persistant (75 kg pour 1 m 63 soit un IMC de 28,2) »

Mais ils ne l'ont jamais abordé directement avec le patient diabétique malgré des problématiques en rapport.

R6 : « Comment aborder l'alimentation avec les personnes en surpoids ou en obésité en vue de modifier un comportement ? »

R8 : « Prise en charge de l'obésité »

R15 : « Quelle est la place de la chirurgie bariatrique dans la prise en charge du diabète de type 2 ? »

R6 : « Comment aborder l'alimentation avec les personnes en surpoids ou en obésité en vue de modifier un comportement ? »

La plupart se sont concentrés sur la problématique de l'éducation thérapeutique pour le patient diabétique.

R4 : « Comment organiser une consultation centrée sur l'éducation thérapeutique chez un patient diabétique ? »

R13 : « Qu'est-ce l'éducation thérapeutique ? »

### **b) Des consultations centrées sur le diabète déséquilibré**

L'interne a proposé un échange sur les règles hygiéno-diététiques pour le diabète et non la perte de poids.

R4 : « Sa dernière HBA1C date de juin 2017, elle est à 9 %. [...] Il me confie ne pas faire attention à son régime alimentaire quand je le questionne sur son activité physique »

R6 : « Je lui explique que son taux de sucre s'élève progressivement au regard des différents bilans, qu'il est actuellement au stade de pré diabète. Je lui explique qu'on n'introduit pas de traitement sans avoir essayé de normaliser les chiffres avec l'alimentation »

R15 : « Elle n'a bien entendu pas son carnet de glycémies. J'entame la consultation en essayant de refaire le point avec elle sur les règles hygiéno-diététiques et son régime alimentaire. »

Certains débutaient une éducation thérapeutique sur le diabète sans l'accord du patient, entraînant un échec.

R12 : « Il me semble cependant indispensable de reprendre l'éducation thérapeutique...de faire une « mise à plat » pour amener la patiente comprendre sa pathologie et son bilan biologique. [...] Je me relève avec l'impression insatisfaisante d'avoir fait mon devoir d'information mais d'avoir été nulle en matière d'éducation, d'avoir voulu lui faire peur pour la convaincre. »

D'autres pensaient à cette éducation, sans réelle mise en place.

R4 : « Je me disais que Mr L serait le candidat parfait pour une consultation centrée sur l'éducation thérapeutique. »

### c) Les étudiants en difficulté voire en conflit dans sa relation avec le patient diabétique

Les patients étaient souvent opposés aux propositions de l'étudiants entraînant probablement ce non-abord du surpoids.

R8 : « Madame X refuse à nouveau de façon catégorique »

R12 : « Après un dialogue de sourd dont l'enjeu est pourtant de ne pas rompre l'alliance thérapeutique et la confiance (bien que ma patience s'amenuise franchement et ma persévérance bienveillante soit inutile) »

R15 : « Sur le coup je me sens complètement désemparée, j'insiste tant bien que mal sans succès après 45 minutes de consultation mais elle ne démord pas. »

## 3. La consultation

La consultation était le temps d'échange entre l'IMG et le patient. Elle permettait d'obtenir des informations sur le motif initial, l'entretien, la prise en charge proposée et la relation patient-médecin.

### a) Description du surpoids dans la narration

Le surpoids est décrit aussi bien par les patients et leur entourage,

R4 : « il se décrit comme « bon vivant ». »

R5 : « Oui parce que Mimine trouve que je prends trop de bide [...] Il se reconnaît être bon vivant »

que par les étudiants, par des adjectifs du langage courant ou médical.

R3 : « Hormis le fait qu'il est un peu rondouillet »

R6 : « Il présente une obésité abdominale »

**b) Perception des étudiants d'une personne en surpoids**

L'interne réagissait face à cette prise de poids.

*R17 : « Mme C. a donc pris 13 kg depuis 2016 !!! »*

*R19 : « Je suis un peu étonnée : Comment se fait-il que vous ayez pris autant de poids ? »*

Une interne, face à un enfant obèse, semblait mettre en cause la responsabilité de la mère et du corps médical.

*R11 : « Je me demande comment en est-on arrivé là ? »*

**c) Entretiens et prises en charge assez uniformes****(1) L'histoire du poids**

Lors d'une consultation centrée sur le poids, les IMG recherchaient très peu l'évolution pondérale, les antécédents familiaux et les prises en charge précédentes.

*R2 : « Un surpoids était déjà présent dans la petite enfance mais qui s'est majoré à cette période de sa puberté. [...] dans une famille au morphotype plutôt mince. [...] elle n'aurait pas eu de suivi spécifique pour cela. »*

*R11 : « Sa mère qui a également un IMC élevé malgré un antécédent de chirurgie bariatrique »*

*R17 : « Mme C. a donc pris 13 kg depuis 2016 »*

**(2) Sur les habitudes alimentaires et l'activité physique**

Leurs entretiens étaient principalement axés sur les habitudes alimentaires et l'activité physique du patient. Ils pouvaient être directifs, protocolaires lors de l'entretien.

*R7 : « Je commence par lui demander ses rythmes de repas »*

*R16 : « Je commence à la questionner sur ses habitudes alimentaires, nombre de repas, composition, quantité, proportion glucide / graisse / protéine... »*

Certains s'appuyaient sur une « journée type » ou « ces derniers jours » :

*R6 : « Je lui propose de m'expliquer ce qu'il mange dans une journée type »*

*R18 : « Je lui demande donc si ses repas sont équilibrés et de me décrire ce qu'elle a mangé ces derniers jours. »*

La plupart évoquaient des brefs conseils alimentaires sans aller plus loin dans leur prise en charge. Les conseils restaient simples et probablement connus par les patients.

R3 : « Je reprends alors les conseils diététiques élémentaires que je connais : prendre un petit déjeuner, éviter les cochonneries industrielles, un peu plus de fruits et de légumes, pas de grignotages, pas de boissons sucrées, un repas plus léger le soir. »

R11 : « Je délivre quelques conseils nutritionnels »

R15 : « Je lui explique alors qu'il va falloir revoir son alimentation, et lui fais un bref rappel d'une base alimentaire saine »

Un IMG proposait de réaliser un calendrier alimentaire et activités physiques pour la prochaine consultation.

R9 : « Je lui demande de tenir un calendrier quotidien avec ses apports alimentaires et ses activités physiques. »

Pour l'activité physique, certains patients expliquaient leurs inactivités. Les étudiants essayaient de proposer des conseils ou une réflexion positive avec eux.

R7 : « Elle ne fait pas de sport le soir car elle finit trop tard, et le week-end, elle se repose. Je lui conseille d'essayer de marcher 30 minutes à un rythme modéré au moins 3 fois par semaine. »

R3 : « Il n'aime pas trop ça... Je lui demande de réfléchir, avec ses parents à un sport qu'il pourrait faire en plus, quelque chose qu'il aime bien »

L'activité physique adaptée n'est presque pas abordée. Seul un interne l'évoquait devant une patiente qui voulait un renouvellement de kinésithérapie.

R1 : « Je lui explique que la kinésithérapie semble utile pour ses gonalgies mais que ce n'est pas une solution pour faire du sport régulièrement. »

### (3) Aucun étudiant n'a proposé un traitement chirurgical

Les étudiants n'ont jamais évoqué ou proposé un traitement chirurgical dans la totalité des RSCA. Ce traitement est abordé par le patient en motif initial,

R17 : « Pour pouvoir refaire la demande de chirurgie bariatrique »

Ou en fin de consultation avec le « motif du pas de porte ».

R15 : « Je commence à me lever pour la raccompagner à la porte, et elle m'interrompt en me disant « que pensez-vous de la chirurgie bariatrique ? »

R20 : « Et pour mon poids Docteur ? Vous pensez que je devrais me faire poser un anneau gastrique ? »

## (4) Les consultations de suivi rarement prévues

Certains étudiants ont prévu une consultation pour réévaluer le patient ou se documenter sur la prise en charge de l'obésité.

*R9 : « Puis dans une semaine, je suggère qu'il vienne me voir seul, que l'on puisse discuter ensemble des possibilités pour l'accompagner. [...] Une semaine, cela me paraît suffisant pour aller chercher comment l'aider »*

*R16 : « Lors de la prochaine consultation que nous fixons d'ici deux à trois semaines en fonction de ses disponibilités »*

## (5) Pas de prise en charge pluridisciplinaire évidente

Les étudiants ne proposaient pas de prise en charge avec un diététicien et/ou un psychologue. Ils ont adressé à un endocrinologue devant des jeunes femmes ayant des symptômes associés pour éliminer une étiologie secondaire.

*R2 : « Je fis un courrier d'adressage pour l'endocrinologue afin d'avoir un avis spécialisé sur ces troubles hormonaux et sa prise de poids récente. »*

*R10 : « Juste un rendez-vous auprès de l'endocrinologue ce qu'elle accepte. »*

**d) La relation patient-médecin**

La plupart semblaient échanger avec le patient. Différents outils de communication sont utilisés comme des questions ouvertes,

*R19 : « Comment se fait-il que vous ayez pris autant de poids ? »*

*R20 : « Qu'avez-vous fait pour l'instant pour votre poids ? »*

ou une communication non verbale :

*R7 : « Je m'assoie auprès d'elle »*

Certains étudiants ont intégré une tierce personne dans leur relation pour favoriser l'adhésion et le changement de leur patient.

*R6 : « Il est d'accord, sa femme est d'accord également »*

*R13 : « Bien sûr, je refais un point sur son alimentation et profite de la présence de sa femme qui cuisine »*

D'autres encourageaient ou validaient les décisions de leur patient.

*R15 : « Ce pour lequel je la félicite »*

R19 : « C'est bien, mais peut être que vous devriez, c'est difficile de tenir un régime restrictif »

La décision partagée et la synthèse partagée sont retrouvées dans les récits.

R1 : « Mme G semble en accord avec cette idée et reste toujours souriante »

R6 : « Je leur propose qu'ils fassent une petite synthèse de ce qu'ils ont compris concernant les habitudes alimentaires à changer »

Un étudiant semblait avoir un entretien unilatéral et revendicatif.

R16 : « A ce moment de la consultation, je ne tiens plus en place et lui dis clairement qu'il va falloir changer de mode de vie, que ça n'est pas envisageable de continuer ainsi. »

sans effet positif ni sur leur relation et ni sur la prise en charge du patient.

R16 : « Elle ne semble pas très affectée « oui docteur je sais bien... » [...] La tâche étant trop vaste pour être accomplie en une fois, et l'attention de la patiente commençant à se dissiper (elle répond sans cesse au téléphone durant la consultation, « le travail » me dit-elle) »

#### 4. Leur prise en charge après recherche documentaire

Les étudiants avaient acquis de nouvelles compétences et connaissances, résultats du travail réflexif du PF.

##### a) **Premier recours : le médecin traitant et l'étudiant**

L'analyse de la problématique a souligné l'importance de l'entretien et notamment l'exploration de l'environnement psycho-social et familial du patient.

R2 : « Je m'attarderai sur l'exploration du contexte social, familial et affectif »

R16 : « J'interrogerai le patient sur son cadre de vie et son ressenti général (travail / famille / loisir / objectifs...). »

L'entretien aurait dû permettre d'aborder l'histoire de la prise de poids.

R2 : « Je porterai une attention plus particulière à l'historique d'installation de ces obésités »

Il permettrait de rechercher les conséquences psycho-physiques et d'évaluer cet état psychologique.

R2 : « Je ne lui ai également pas proposé de solution concrète face aux répercussions psychologiques qu'a générées sa prise de poids. »

R20 : « Parmi les conséquences de l'obésité, elle présente manifestement une hypertension artérielle, les autres complications seront à rechercher. »

Concernant l'alimentation, les étudiants ont (re)découvert des fiches d'aide à la consultation,

R7 : « Je peux m'aider du support de l'HAS concernant le rythme de la consultation, les différents axes à aborder, faire des propositions »

R9 : « Deux outils d'ETP ont retenus particulièrement mon attention : une fiche d'évaluation des causes du grignotage [...] et une fiche d'évaluation de l'activité physique »

ou des fiches supports à remettre aux patients.

R3 : « J'aurais également pu donner à la famille des fiches alimentaires (disponible sur le site de RP974). »

R9 : « J'ai trouvé deux guides qui peuvent être intéressant à donner aux patients. Le premier est un guide pour adolescents qui répond à des questions pratiques et courantes. Le second est assez ancien »

Ils se sont posés des questions sur l'adaptation d'une bonne alimentation et les traditions créoles. Certains ont pu trouver des fiches de recettes traditionnelles.

R15 : « Il existe un site internet où l'on peut retrouver un atlas des cuisines du monde accessibles de manière gratuite où l'on peut sélectionner La Réunion et qui nous donne des exemples de recettes traditionnelles revues par un diététicien pour une alimentation équilibrée »

R19 : « Autant dire que le « régime kéto » est un changement drastique à opérer pour une réunionnaise. »

### **b) L'approche centrée patient et la communication étaient des compétences que les étudiants jugeaient fondamentales**

Les étudiants ont pu rechercher différents outils bénéfiques à une modification de comportement, comme l'entretien motivationnel,

R6 : « L'entretien motivationnel est un outil utilisé par un professionnel de santé lorsqu'un changement de comportement du patient est indiqué. »

R10 : « Rien de mieux qu'un entretien motivationnel pour évaluer ce que le patient veut. »

R16 : « L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif, visant à renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. »

ou l'approche cognitivo-comportementale, l'écoute active et la programmation neurolinguistique :

R10 : « Une écoute active et une communication efficace sont les éléments clés pour désamorcer et résoudre un conflit »

Les étudiants se demandaient comment améliorer l'adhésion du patient au changement. Nous retrouvons la notion d'alliance thérapeutique.

R5 : « Le patient doit être partie prenante de son traitement, afin qu'il adhère à sa thérapeutique, et non qu'il se soumette simplement à sa prescription »

R10 : « L'écoute active ne suffisait pas, il fallait aussi exposer les problématiques liées à ce syndrome des ovaires poly kystiques. »

### c) Éducation en santé et dépistage

Le dépistage est retrouvé dans toutes les analyses où une problématique concernait les enfants ou adolescents.

R10 : « Continuons à dépister à l'aide de l'IMC »

R11 : « Il est donc très important de dépister précocement un surpoids d'éviter l'obésité. »

Les étudiants se sont sensibilisés à l'importance d'une prise en charge précoce pour éviter des conséquences à l'âge adulte.

R11 : « Le dépistage doit être précoce si l'on veut obtenir la meilleure réponse thérapeutique. »

R16 : « Urgence de repenser le système de soin en accentuant drastiquement la prévention, la prise en charge précoce, l'éducation générale de la population et la formation des soignants. »

Un étudiant proposait, dans l'analyse, des messages de prévention pour les familles. Sans eux, cette prise en charge restait difficile.

R11 : « La famille ne semble pas préoccupée par l'obésité, ce que rend la prise en charge encore plus difficile [...] Je n'hésite pas à leur délivrer des messages de prévention contre l'obésité »

Par leurs recherches sur l'approche globale ou la relation patient-médecin, les étudiants s'étaient documentés sur l'ETP. L'application concrète de ces ETP est rarement retrouvée dans l'analyse ou la synthèse, ils restaient assez généraux.

**d) Continuité, suivi, coordination et de nouveaux partenaires**

Devant des consultations longues avec de nombreux motifs, les étudiants ont recherché une nouvelle organisation pour leur consultation.

*R15 : « J'aurais dû la reconvoquer pour refaire le point avec une consultation dédiée »*

Les étudiants ont quasi tous évoqué la nécessité d'un suivi régulier et sur le long terme.

*R11 : « Dans tous les cas, un suivi régulier et prolongé d'au minimum 2 ans est recommandé »*

*R19 : « Je pense qu'il serait intéressant également de la revoir plusieurs fois dans l'année pour refaire le point avec elle, ce que je ne lui ai pas non plus proposé. »*

Ils ont fait des recherches sur le suivi avec des objectifs atteignables associés à un projet de vie.

*R6 : « J'aurais dû proposer un objectif précis puis proposer de le revoir de façon rapprochée afin de vérifier si cet objectif est atteint pour progressivement lui proposer d'autres objectifs à atteindre qui feront varier son poids, son taux de sucre et de cholestérol. »*

*R20 : « L'objectif de poids initial pourrait être les 100 kg, psychologiquement motivant et qui correspondrait à une perte de poids de 10 %, à étaler sur 6 à 8 mois pour une perte douce »*

Un étudiant a énuméré les différentes associations pour faire une activité physique adaptée ou modifier son mode de vie de manière encadrée.

*R20 : « Boost a li au Port [...] Halo Anneaux à Saint André [...] Bouger Ô Féminin »*

La prise en charge pluridisciplinaire a été recherchée avec les différents interlocuteurs possibles.

*R2 : « Dans ce contexte la prise en charge multidisciplinaire était indiquée et ne devra pas être oubliée. »*

*R8 : « J'ai également pu apprendre à mettre en jeu et coordonner un réseau de soin »*

Le réseau de l'île a été mis en valeur dans les analyses :

- Différents centres luttant contre l'obésité :

*R3 : « Unité d'obésité infantile à l'Hôpital des enfants - St Denis »*

*R7 : « Sur l'île de La Réunion, on retrouve le Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) Réunion-Mayotte, basé au CHU de La Réunion »*

*R15 : « Il existe également à La Réunion un établissement de Soins de suite et de réadaptation (SSR) la « Clinique Omega » située au Port »*

- Les associations :

*R3 : « RP974 (réseau pédiatrique 974) »*

*R11 : « L'enfant participe au REPOP, qui avec le médecin traitant (mon maitre de stage faisait partie du réseau), coordonne la prise en charge de l'enfant »*

- Par les programmes de prévention mis en place sur l'île :

*R3 : « Mission retrouve ton Cap »*

Nous avons remarqué que l'intervention du maitre de stage permettait de proposer un suivi et une coordination avec les réseaux que l'interne ne connaissait pas.

*R11 : « J'interpelle alors mon praticien sur cette situation, il m'explique qu'il fait lui-même parti du réseau REPOP »*

*R14 : « Ma praticienne qui pratique l'éducation thérapeutique sur le diabète, dans le cadre de la Maison de Santé (MSP) de Saint-Bernard, l'invite à participer à cette activité qui se déroule les samedis matin. »*

#### e) Leur perception après leur recherche documentaire

##### (1) Le médecin traitant : interlocuteur principal

Leurs travaux de recherche ont permis de mettre en évidence la place du médecin traitant dans cette prise en charge.

*R10 : « Il s'avère aussi que le médecin généraliste est le mieux placé pour parler du poids »*

*R11 : « L'acteur principal dans la prise en charge du surpoids et l'obésité de l'enfant est le médecin généraliste. Dans les situations simples (obésité non compliquée, environnement favorable, sans obstacle social), le médecin généraliste pourra réaliser seul la prise en charge. »*

##### (2) Importance relation patient-médecin

Celle-ci était primordiale pour aboutir à prise en charge efficace et sur le long terme

R16 : « Nécessité d'un cadre relationnel particulier (empathie, congruence, vision positive du patient) »

### (3) Prise en charge globale et complexe

Les étudiants ont retenu une prise en charge globale comme toute maladie chronique.

R7 : « Lors de mes recherches, je me suis rendu compte que prendre en charge une personne obèse est complexe. [...] Concernant l'obésité, l'approche doit être globale [...] en raison de sa complexité psychologique, physique, biologique. »

R16 : « Nécessité de prise en compte globale de la personne (besoins fondamentaux, aspect professionnel, social, familial, image de soi, aspiration, problématique existentielle...) »

## 5. Les difficultés lors de la prise en charge d'un patient en surpoids

### a) **Difficultés liées aux étudiants**

Toutes les compétences de la marguerite ont pu être explorées.

Certains étudiants ont des croyances et préjugés pouvant bloquer la prise en charge.

R10 : « Au final, peut-être est-ce notre représentation à nous en tant que soignant qui bloque sur la question du poids »

R19 : « Je parlais donc avec l'idée que la patiente se faisait une idée sur le lien de causalité entre la mise en place de l'implant et la prise de poids. Des a priori jusque-là infondé. »

Un étudiant évoquait un sentiment d'inefficacité lors de la consultation.

R16 : « J'en ressors assez fatigué avec la vague impression de m'être battu contre des moulins à vent. »

Certains étaient en difficultés face à la discordance de l'agenda du patient/médecin. Le motif de la consultation ne correspondait pas aux priorités du médecin.

R2 : « Mais visiblement ma priorité n'était pas la sienne »

R6 : « Je me suis interrogée sur la gestion des motifs de la consultation car pour moi le sujet le plus important à aborder n'était pas le même que le motif initial de consultation du patient »

R16 : « De mon point de vue de médecin (je ne pense pas être la seule victime de cet écueil) je priorise systématiquement la santé »

**b) Difficultés liées aux patients**

L'absence d'adhésion et de motivation du patient/famille sont des freins à la prise en charge.

*R5 : « L'adhérence thérapeutique est essentielle pour la prise en charge des maladies chroniques. »*

*R11 : « La famille ne semble pas préoccupée par l'obésité, ce que rend la prise en charge encore plus difficile »*

*R20 : « Si la patiente adhère à la prise en charge »*

Certains patients ne considéraient pas important de perdre du poids car l'envie n'était pas présente,

*R10 : « Elle n'a pas envie de perdre du poids »*

Ou il se sentait en pleine santé. Ce qui entraînait une absence de modification des habitudes de vie.

*R5 : « Depuis, il a 55 ans, mais se sent comme s'il n'en avait pas plus de 25 »*

Certains patients ne considèreraient pas leur MT en premier recours pour la problématique du surpoids.

*R18 : « Enfin, durant ce stage, j'ai été confronté à de nombreux patients intéressés ou consultant des naturopathes, magnétiseurs ou acuponcteurs, souvent même avant de venir consulter leur médecin traitant »*

*R19 : « J'ai trouvé ce cas intéressant car les patients ne nous considèrent pas toujours comme interlocuteur privilégié concernant leur hygiène de vie. Ils se tournent souvent vers des acteurs commerciaux, demande à leur pharmacien des conseils de compléments alimentaires »*

**c) Difficultés liées à l'environnement de soins**

Des étudiants ont évoqué des consultations longues et un suivi chronophage.

*R2 : « Un certain nombre de questions que je n'ai pu vraiment éclaircir lors de la consultation, d'une part par manque de temps au profit de celui accordé à la patiente pour exprimer ses demandes et ses sentiments »*

*R7 : « La première consultation est longue devant tous les différents points à aborder »*

Et aussi le manque de rémunération pour ce type de patient.

R16 : « A ma connaissance l'exercice libéral en médecine en France ne permet pas d'être rémunéré au temps de travail, hormis pour quelques consultations limitées en nombre par année et par patient »

## 6. Les références et les traces d'apprentissage

La majorité des étudiants ont cité la HAS pour la prise en charge de l'obésité de l'adulte, des enfants et adolescents. La HAS est aussi retrouvée pour la chirurgie bariatrique et l'éducation thérapeutique.

R2 : « *Surpoids et obésité de l'enfant et l'adolescent HAS septembre 2011* »

R7 : « *Haute Autorité de santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Haute Autorité de santé. 2011;1-133.* »

Les sources de différents collègues sont présentes :

R8 : « *Collège des Enseignants de Nutrition. Obésité de l'adulte. [En ligne]. [http://campus.cerimes.fr/nutrition/enseignement/nutrition\\_26/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/nutrition/enseignement/nutrition_26/site/html/cours.pdf).*

*Consulter le 24 Juillet 2018.* »

R15 : « *SFD - Référentiel de bonnes pratiques : Nutrition et Diététique – Diabète de type 2 de l'adulte : Nutrition -Alimentation- Comportement alimentaire – Éducation thérapeutique – Évaluation des pratiques* »

Certains étudiants ont cité les sites gouvernementaux avec les différents plans de prévention.

R11 : « *Plan national nutrition santé : <http://www.mangerbouger.fr/pnns/pnns-2011-2015.html>* »

Des références spécifiques à La Réunion sont cités :

- Soit épidémiologique :

R16 : « *La corpulence des enfants en classe de 6<sup>ème</sup> et des enfants de grande section de maternelle à La Réunion en 2011-2012. PIES n2\_ARS\_corpulence enfant.pdf [Internet]* »

R19 : « *[https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/iss\\_synthese\\_reunion\\_2014.pdf](https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/iss_synthese_reunion_2014.pdf)* »

- Soit des associations sportives

R20 : « *APERF (Activité Physique-Prévention-Éducation-Recherche et Formation) [Internet]. Disponible sur: <http://www.aperf.fr/>* »

« *OMS Saint-Paul. Disponible sur: <https://www.oms-saintpaul.re/sport-sante/sport-sur-ordonnance/>* »

- Soit un réseau pluridisciplinaire

R10 : « RP 974 réseau pédiatrique »

R11 : « REPOP Réunion : [www.repopreunion.fr](http://www.repopreunion.fr) »

R20 : « Obésité Réunion [Internet]. Disponible sur: <http://obesite-reunion.re/index.html>

Concernant la recherche sur l'éducation thérapeutique, les étudiants sont majoritairement centrés sur une pathologie diabétique malgré des références générales sur l'ETP. Les principales sources sont la HAS ainsi qu'un article de revue cité 3 fois.

R7 : « *Locatelli L, Pataky Z, Joly C, Golay A. Comment accompagner les patients obèses dans un processus de changement à long terme? Rev Med Suisse. 2016;12(511):584–90.* »

R12 : « *Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ? HAS. Paris : Juin 2007* »

Une de leur problématique traitait de la modification du comportement des patients. Ils ont mis en avant l'approche motivationnelle à de nombreuses reprises. Les sources sont diverses :

R6 : « <https://www.afdem.org/entretienmotivationnel/> »

R16 : « *Müller B, Saner H. Comment motiver le patient pour changer son mode de vie ? Forum Med Suisse. 1 janv 2008;8.* »

Peu d'internes appliquaient leurs recherches à leur patient. Certains en réalisaient avec une approche soit biopsychosocial ou centré-patient mais ils manquaient des traces d'apprentissage opérationnelles pour les prochaines situations de soins. La notion d'éducation thérapeutique semblait floue malgré leurs recherches.

## DISCUSSION

### A. Forces et faiblesses de l'étude

#### 1. Forces

Le choix du matériel d'analyse, le portfolio, est original ; il montre le travail réflexif des étudiants. Nous avons pu sonder leurs questionnements, leurs difficultés et leurs perceptions.

Le PF est un outil pédagogique obligatoire et standardisé pour augmenter la réflexivité des étudiants et permettre l'évaluation de ses compétences professionnelles. Les PF forment un corpus pertinent et original pour la recherche en médecine.

La prise en charge par les étudiants d'un patient en surpoids est peu étudiée dans la littérature, ce qui renforce l'originalité de l'étude.

La subjectivité des récits n'est pas un obstacle car nous ne recherchons pas une réalité des faits. Il s'agit d'accepter, d'explicitier et de comprendre leur subjectivité (34). Le qualitatif permet de pallier la faible quantité de RSCA abordant une problématique sur le surpoids.

Concernant la recherche qualitative, une triangulation des données a été effectuée avec un double codage sur les trois premiers RSCA. La saturation des données semblait obtenue à partir du 18<sup>e</sup> RSCA mais la totalité de l'échantillon a été analysée.

L'écriture du journal de bord renforce la validité de l'étude.

#### 2. Faiblesses

Le portfolio, support des données étudiées, limite la pertinence de notre étude. L'authenticité, la pertinence, l'exhaustivité des RSCA sont variables et de qualité très hétérogène. Certains étudiants peuvent ne pas comprendre l'intérêt de ce travail réflexif et peuvent inventer ou copier des travaux (35). D'autres peuvent écrire ce qu'ils pensent devoir écrire dans un désir de réussite universitaire. Ce biais de désirabilité limite l'authenticité des données étudiées.

Une autre faiblesse de l'étude est la qualité médiocre des dialogues entre le patient et l'étudiant. Celui-ci peut « ne pas savoir » retranscrire des données pertinentes de la situation vécue. Les données sont filtrées par la subjectivité de l'étudiant. A la lecture des PF, cette compétence en communication professionnelle peut être difficile voire impossible à évaluer. Selon Compagnon (23), le RSCA ne devait pas être le seul outil dans le cursus étudiant, car il n'évalue pas toutes les compétences de manière équitable : « *S'il informe sur sa capacité à comprendre et expliciter la complexité et la nécessaire approche globale de la situation choisie, il ne peut*

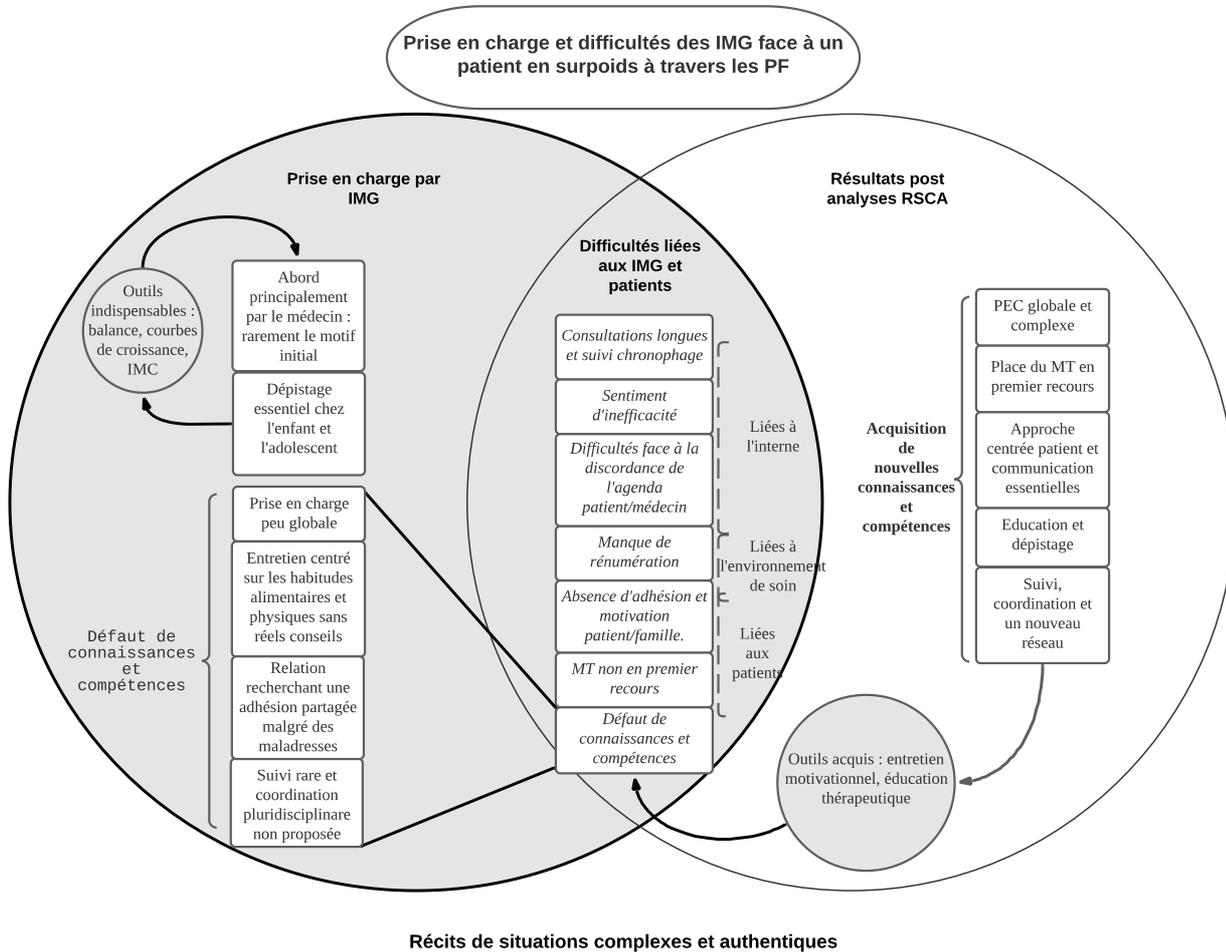
*que donner des éléments partiels concernant l'attitude de l'interne durant les entretiens, son intérêt pour la prévention ou la continuité des soins, par exemple. Il ne peut pas informer de façon précise sur l'avancée de toutes les compétences. En revanche, il permet de façon précise de savoir à quelle famille de situation s'est confronté l'interne. »*

Une limite d'interprétation est possible lors de la lecture et l'analyse des RSCA. Les étudiants écrivent leur situation avec leurs émotions et leurs mots. La thésarde a pu interpréter d'une autre manière ces écrits. Par exemple dans le RSCA 16, un étudiant se pensait bienveillant lors de sa consultation mais le reflet de son RSCA semblait tout le contraire : *« A ce moment de la consultation, je ne tiens plus en place et lui dis clairement qu'il va falloir changer de mode de vie, que ça n'est pas envisageable de continuer ainsi. [...] Je n'étais pas jugeant (je ne lui ai jamais attribué la responsabilité de son état) mais conseillant »*. Une triangulation de l'analyse sur l'ensemble du corpus aurait pu limiter ce biais.

La thésarde était novice en recherche qualitative. Elle s'est entourée de ressources écrites et humaines pour améliorer la pertinence de son travail.

## B. Résultats principaux

Figure 3 : Modélisation des principaux résultats



### 1. Le médecin, principal intervenant dans l'abord du poids

Les médecins généralistes (MG) et les internes semblent s'accorder sur l'abord du poids. Le poids est rarement un motif de consultation du patient (20)(36). Les médecins vont majoritairement l'aborder mais pas de manière systématique (17). Les moyens utilisés sont similaires à notre travail : les symptômes, la balance, l'IMC et les spécialistes (20). Le poids est abordé majoritairement lors de complications de maladies chroniques comme le diabète ou maladies cardiovasculaires (19).

Au niveau international, les médecins ont des pratiques similaires. L'étude de Speer et McPhillips (37) de 2018 a mis en évidence trois pratiques pour cet abord. Les médecins annoncent directement que le patient est en surpoids ou bien leurs demandent s'ils le sont ou bien le déduisent via le calcul de l'IMC. L'étude conclut que la meilleure communication est

de s'aider de l'IMC afin de ne pas juger négativement les patients. La difficulté à aborder le poids est connue, 52 % des médecins anglais craignent de soulever la question de l'embonpoint (38). Le médecin généraliste est le médecin de premier recours pour le surpoids malgré les difficultés évoquées par les MG et les internes. Les MG se sentent concernés par le dépistage (92 %), la prévention (81,6 %) et la prise en charge (81,6 %) du surpoids (16).

## 2. L'approche globale

Le surpoids est une maladie chronique dont le processus initial dépend majoritairement du mode de vie du patient. Les internes posaient peu de questions sur l'histoire des patients, malgré l'importance de prendre en compte des facteurs socio-psycho-économiques de la personne. Certains internes ont, à l'issue de leurs recherches, proposé une approche soit biopsychosociale soit centré patient. Dans les études, les MG plébiscitent une prise en charge globale des patients (36).

## 3. L'éducation thérapeutique

Les étudiants abordaient de manière systématique les RHD sans exemples concrets pour aider les patients dans leurs vies quotidiennes.

Les MG sont convaincus de l'intérêt d'expliquer les RHD mais ils les jugent inefficaces pour atteindre une perte de poids (19). Ce sentiment d'inefficacité a été ressenti par les étudiants de notre étude.

La HAS recommande « *une éducation diététique, des conseils d'activité physique, une approche psychologique et un suivi médical* » (14). La littérature confirme que les RHD ne suffisent pas pour une perte de poids et un maintien de ce poids. Il faut envisager une modification des modes de vie et des comportements sur plusieurs axes, cela passe par une éducation thérapeutique du patient (39). La HAS ajoute « *dans le cadre de l'éducation thérapeutique, le médecin peut proposer des mesures simples et personnalisées adaptées au contexte et permettant au patient de retrouver une alimentation équilibrée et diversifiée* ». Le plan obésité et la HAS ambitionnent un développement de l'ETP dans les soins primaires (40).

La Société américaine de l'obésité et le Collège américain de cardiologie a aussi élaboré un ensemble de recommandations sur la prise en charge (IMC, évaluer les facteurs de risque cardio-vasculaire,...) et sur la modification de vie, la diététique et l'activité physique. Mais elle

ne guide pas le praticien dans le processus de changement du patient (41). Le groupe Canada obésité a introduit en 2020 de nouvelles recommandations sur l'obésité (42). Le patient est au centre de cette prise en charge globale et complexe.

Les étudiants ont cité les recommandations de la HAS relatif à l'ETP, et la manière de la proposer et la réaliser (43) (44). Mais ils restaient très succincts sur la mise en application de l'ETP avec des argumentaires superficiels, sans réflexion personnelle et sans application à la situation proposée..

#### 4. L'entretien motivationnelle : clé de la réussite

Les étudiants présentaient le patient comme acteur clé de sa prise en charge. En cas d'indifférence ou d'appréhension de celui-ci, soin et suivi sont limités. Les internes se sentaient en échec devant une absence d'adhésion de la part de celui-ci et de sa famille. Les MG pensent aussi que la motivation du patient est essentiel (36).

En consultation, les MG vont utiliser des techniques de communications centrées sur le patient : écoute active, empathie, attitude encourageante et l'entretien motivationnel (EM) notamment. Ces techniques ont été parfois décrites par les internes.

Un changement de comportement devrait venir de l'individu et non d'une tierce personne. Proposée par Miller et Rollnick, l'EM est une approche centrée sur le patient, qui vise à lui rendre son autonomie, à faciliter sa participation active en évitant d'envahir son espace avec un discours expert. L'objectif est de passer du stade pré-contemplation au stade contemplation puis au stade du changement. Il permet de soutenir la personne dans ses ambivalences et divergences. Cet échange permet de renforcer son sentiment de liberté de choix et d'action. Une revue de littérature de 2015 (45) confirme l'intérêt de l'EM.

Après leurs recherches bibliographiques, les étudiants ont identifié l'EM comme vecteur de progression et de réussite.

Mais si la motivation du patient est nécessaire, celle du médecin doit être aussi présente. Les MG semblent rétifs à se former à l'EM. Selon l'étude de Lapprand Hélène 54 % de MG seraient motivés pour se former à l'EM pour traiter l'obésité (46).

##### 5. La coordination pluridisciplinaire, autre pilier de la réussite

Les étudiants semblaient en difficulté pour proposer un suivi ou une prise en charge pluridisciplinaire au patient. Le traitement de leurs problématiques leur a fourni les interlocuteurs de leurs futurs réseaux à La Réunion.

Le référentiel sur l'ETP et les parcours de soins de la personne obèse (40) définit le parcours de soins : « *le traitement d'une maladie chronique comme l'obésité ne peut se concevoir que dans la durée. La médecine de l'obésité est donc par essence une médecine "lente et durable"* ». Cela confirme le sentiment de consultations longues et chronophages ressentis par les internes et les MG (36). Les MG étaient conscients de l'importance des consultations dédiées. Une majorité de MG ne prennent donc pas en charge eux-mêmes l'obésité mais adressent à un autre professionnel de santé : diététiciens, médecins nutritionnistes ou infirmiers Asalée (47). Le MG a un rôle central de coordinateur (20).

##### 6. Le manque de temps et la rémunération

Un interne de l'étude a écrit dans son RSCA le manque de rémunération de cette prise en charge. Une demande de valorisation financière est aussi portée par les MG (47).

Le Ministère de l'économie et des finances, pour lutter contre l'obésité, a envisagé de donner des moyens financiers aux professionnels de santé pour qu'ils se consacrent davantage à la prévention et au diagnostic. Le rapport est pessimiste sur l'applicabilité d'une telle mesure : « *un suivi intensif s'avère très coûteux à court terme ; pour qu'un suivi intensif puisse être réalisé par des médecins, cela suppose évidemment qu'ils puissent dégager du temps pour ces consultations, ce qui peut sembler particulièrement difficile dans certaines zones sous dotées en termes de médecins ; il n'existe pas de système d'incitations encourageant les médecins à développer cette activité de prévention.* » (48)

Depuis novembre 2017, une nouvelle cotation appelée « *enfant suivi risque obésité* » cotée CSO a été mis en place par l'assurance maladie (49). Une thèse a étudié les effets de cette cotation sur les pratiques des MG en Indre et Loire : une minorité de médecins l'a utilisé et beaucoup de MG ont un sentiment d'échec dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant. Ce qui pourrait participer à l'illégitimité ressentie à coter la consultation à 46 euros (50).

### C. Comparaison à la littérature

Une seule étude qualitative explorant la prise en charge des étudiants des patients obèses a été retrouvée. Le manque d'expérience et de formation ressenti des étudiants est aussi décrit dans cette étude (32). Comme dans notre étude, les entretiens sont centrés sur les habitudes alimentaires et physiques sans réels conseils. La prise en charge est peu globale, le suivi rare et une prise en charge pluridisciplinaire rarement proposée. Leur étude retrouvait aussi un abord du surpoids centré sur les comorbidités du patient et non sur le poids en lui-même.

Les difficultés (sentiment d'inefficacité, consultations longues, suivi chronophage, difficultés dans la relation patient-médecin) et l'importance accordée par l'étudiant à la motivation du patient et de son entourage sont retrouvées dans la littérature (32).

Les connaissances des étudiants sur le dépistage et la prise en charge de l'obésité infantile était l'objet d'une autre recherche (33) qui décrivait comme notre étude : l'importance accordée à la pesée des enfants, à l'utilisation des courbes de croissance avec explication aux parents.

Dans la littérature, les étudiants avaient souligné l'importance de l'histoire chronologique de la personne et son poids, et de la prise en charge pluridisciplinaire, éléments non retrouvés dans notre étude. Cette différence peut être due au mode de recueil des données : les étudiants favoriseraient pour les RSCA des situations ayant posées problèmes. Nous n'avons pas la prise en charge des autres internes se sentant à l'aise face à un patient en surpoids.

#### D. Perspectives

La prise en charge des internes présente des lacunes mais le portfolio semble un outil constructif pour améliorer les prochaines rencontres de patients en surpoids. Ce support permet d'évaluer les internes face à leurs nouvelles acquisitions. La compétence « *communication en santé* » semble difficile à évaluer à la lecture des RSCA. Le maître de stage universitaire en médecine générale pourrait être l'intermédiaire à cette formation-évaluation, en situation.

L'utilisation des portfolios est séduisante dans la recherche, offrant un corpus de données de situations authentiques de soins. Les thématiques qui pourraient être explorées sont variées. Les faiblesses inhérentes aux recherches sur les données issues de PF pourraient être limitées par l'association à d'autres données (focus groupe, entretien motivationnel, etc.)

## REFERENCES

1. Organisation mondiale de la Santé. 2020 (page consulté le 1/11/20) Obésité et surpoids. [en ligne]. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Amadiou JF. Apparence physique et Obésité : la discrimination au travail. L'apparence physique, motif de discrimination. Publication de l'IEP de Lille. Lille: In Pelisson E.; 2010. 104-11 p.
3. Schoumacher G. Prise en charge de l'obésité modérée à sévère: identification des freins à un suivi dédié par le médecin généraliste, le point de vue des patients [Thèse d'exercice de médecine]. Nancy: Université de Lorraine; 2019.
4. Cornet P. Corps obèse et société. Regards croisés entre médecins et patients [Thèse de doctorat d'Université en sciences humaines et sociales Spécialité Sociologie]. Paris Est: Université sciences de l'éducation et sciences sociales STAPS; 2015.
5. Société française de l'Endocrinologie, diabétologie et des maladies métaboliques. (page consulté le 02/04/21). Obésité de l'adulte et de l'enfant. [En ligne] <http://www.s fendocrino.org/article.php?id=828#OEA>
6. Ministère des solidarités et de la santé. (consulté le 26/10/20). Feuille de route : prise en charge des personnes en situation d'obésité 2019-2022. [En ligne] [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille\\_de\\_route\\_obesite\\_2019-2022.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_obesite_2019-2022.pdf)
7. Detournay B. Le coût de l'obésité en France. Médecine Mal Métaboliques. mars 2021;1-5.
8. Observatoire régional de la santé océan indien. (consulté le 26/10/20). Nutrition, statut pondéral et diabète à La Réunion. [En ligne] [https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/etudes/ETU\\_InExtenso\\_Diabete\\_2015.pdf](https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/etudes/ETU_InExtenso_Diabete_2015.pdf)
9. Agence de Santé Océan Indien. (consulté le 26/10/20). Programme Alimentation Activités Nutrition Santé (PRAANS) [en ligne] <https://www.mayotte.ars.sante.fr/system/files/201911/Programme%20Alimentation%20Activités%20Nutrition%20Santé%20%28PRAANS%29%20-%20Mayotte.pdf>
10. Observatoire régional de la santé océan indien. (consulté le 02/04/21). La nutrition-santé à La Réunion [en ligne] [https://www.ors-oceanindien.org/IMG/pdf/orsoi\\_tb\\_nutrition\\_sante\\_reunion\\_complet\\_2018.pdf](https://www.ors-oceanindien.org/IMG/pdf/orsoi_tb_nutrition_sante_reunion_complet_2018.pdf)
11. Ministère de la santé et des solidarités. (consulté le 26/10/20). Programme National Nutrition Santé 2019-2023 [en ligne]. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4\\_2019-](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-)

2023.pdf

12. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (consulté le 26/10/20). Programme national nutrition santé 2011-2015. Plan obésité 2010-2013 en direction des populations d'Outre-mer. [en ligne]. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS\\_PO\\_DOM.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_PO_DOM.pdf)
13. Allen J, Gay B. The european definitions of the key features of the discipline of general practice : the role of GP and core competencies. Br J Gen Pract. 2002;526-7.
14. Haute Autorité de santé. (consulté le 01/11/20). Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [en ligne] [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_obesite\\_adulte.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_adulte.pdf)
15. Siebert M. Alimentation, précarité et rapport au poids: immersion dans les quartiers prioritaires de la ville de Strasbourg, dans le cadre du projet FETOMP [Thèse d'exercice de médecine]. Strasbourg: Université de Strasbourg; 2020.
16. Hernandez-Bridier M. Obésité de l'adulte : pratiques et attentes des médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge en Picardie en 2015 [Thèse d'exercice de médecine]. Amiens: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
17. Joailles M. Ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte dans le département de la Charente [Thèse d'exercice de médecine]. Poitiers: Université de Poitiers; 2018.
18. Rogeaux L. Surpoids et obésité de l'adulte : connaissances, opinions et pratiques des médecins généralistes du département du Tarn et Garonne [Thèse d'exercice de médecine]. Grenoble: Université de médecine; 2014.
19. Cagny A. Prise en charge diététique des patients en surpoids et obèses : étude des pratiques des médecins généralistes picards en 2018 [Thèse d'exercice de médecine]. Amiens : Faculté de médecine d'Amiens; 2018.
20. Kerhoas Z. Obésité de l'adulte: opinions, attitudes et propositions des médecins généralistes, une étude qualitative par focus groups [Thèse d'exercice de médecine]. Rennes: Université Bretagne Loire; 2018.
21. Taha A. RSCA : récit de situation complexe authentique : de l'idée à la réalisation. Global Média Santé, CNGE production; 2018.
22. Lévy L. Comment faire un diagnostic de situation. L'approche systémique en médecine générale. Rev Prat Médecine Générale. 2004;18(674-675):1482-6.
23. Compagnon L, Dumoitier N, Taha A. Supervision, élaboration et évaluation du RSCA dans les DES de MG. Exercer. 2018;143(222-31).
24. Bushini L, Vartanian C, Brabant Y. Récits de situation complexe et authentique : quelle

utilisation dans les départements universitaires de médecine générale français? *Exercer*. 2019;152(182-3).

25. Compagnon L. Collège National des Généralistes Enseignants. (consulté le 19/02/21). Les grandes lignes du consensus « RSCA ». [en ligne] [https://www.cnge.fr/congres/congres\\_annuel杜\\_cnge\\_montpellier\\_2017/pr\\_1\\_compagnon\\_des\\_2017\\_les\\_grandes\\_lignes杜\\_cons/](https://www.cnge.fr/congres/congres_annuel杜_cnge_montpellier_2017/pr_1_compagnon_des_2017_les_grandes_lignes杜_cons/)
26. Attali C, Bail P. Marguerite des compétences. Collège National des Généralistes Enseignants; 2012.
27. Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer*. 2013;24(108):165-9.
28. Franco J-M, Desmarchelier P, Gaillard P, Capet M, Vellayoudom I. Outil d'aide à la rédaction et d'évaluation des scripts - Organisation de l'examen de validation du DES - Evaluation du portfolio. Département de Médecine Générale UFR Santé – Université de La Réunion; 2016.
29. Geonget E. Difficultés rencontrées par les internes de médecine générale face aux patients ayant un mésusage de l'alcool : analyse des 187 portfolios présentés à l'université de Bordeaux en 2014 [Thèse d'exercice de médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2017.
30. Delbos M. Évolution de la problématique de la vape au travers des Portfolios des internes de médecine générale : analyse de 575 Portfolios issus des années 2015, 2016 et 2017 [Thèse d'exercice de médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.
31. Le Monies de Sagazan M. Les addictions dans les portfolios des internes de médecine générale de l'Université de Bordeaux : à propos des 131 portfolios de la session de septembre 2013 [Thèse d'exercice de médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2016.
32. Gros Lambert R, Perez T. Les particularités de la prise en charge globale des personnes obèses: le point de vue des internes de médecine générale de Grenoble, une étude qualitative [Thèse d'exercice de médecine]. Grenoble: Université de Grenoble; 2019.
33. Desairre M. Evaluation des connaissances des Internes en médecine générale de Midi Pyrénées, sur le dépistage et la prise en charge de l'obésité infantile [Thèse d'exercice de médecine]. Toulouse: Université de Toulouse III; 2019.
34. Lebeau J-P, Aubin-Auger I. Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Média Santé, CNGE production; 2021. (Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone).
35. Dufour D. Bénéfices ressentis par les Internes de médecine générale de l'Océan Indien vis-à-vis de leur travail de rédaction du portfolio : enquête de septembre 2014 à février 2015 : 86 questionnaires / 129 IMG (TCEM2 TCEM3, en instance de validation du DES), 66 % [Thèse

d'exercice de médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2015.

36. Carneau G, Magot Y. Quelle perception ont les médecins généralistes de la prévention de l'obésité? [Thèse d'exercice de médecine]. [Marseille]: Université Aix-Marseille; 2021.
37. Speer SA, McPhillips R. Initiating discussions about weight in a non-weight-specific setting: What can we learn about the interactional consequences of different communication practices from an examination of clinical consultations? *British Journal of Health Psychology*. 2018;888-907.
38. Michie S. Talking to primary care patients about weight: A study of GPs and practice nurses in the UK. *Psychology, Health & Medicine*. 2007;521-5.
39. Locatelli L, Pataki Z. Comment accompagner les patients obèses dans un processus de changement à long terme ? *Rev Médicale Suisse*. 2016;12:584-90.
40. Ziegler O, Bertin E, Jouret B, Calvar R, Sanguignol F, Avignon A, et al. Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. *Obésité*. 2014;9(4):302-28.
41. Expert Panel Members, Jensen MD, Ryan DH, Donato KA, Apovian CM, Ard JD, et al. Executive summary: Guidelines (2013) for the management of overweight and obesity in adults. *Obesity*. 2014;22(S2):S5-39.
42. Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, et al. L'obésité chez l'adulte : ligne directrice de pratique clinique. *Can Med Assoc J*. 2020;192(49):E1757-75.
43. Haute Autorité de santé. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. 2007 p. 1-8.
44. Haute Autorité de santé. Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ? 2007.
45. Barnes RD, Ivezaj V. A systematic review of motivational interviewing for weight loss among adults in primary care. *Obes Rev*. 2015;16(4):304-18.
46. Lapprand H. La motivation des médecins généralistes à se former à l'entretien motivationnel pour prendre en charge l'obésité (évaluation auprès de 100 médecins généralistes de la région de Brest. ) [Thèse d'exercice de médecine]. Brest : Université de Bretagne occidentale; 2011.
47. Perrotte M. Prise en charge nutritionnelle des adultes en surpoids ou obèses sans comorbidité : état des lieux des pratiques des médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice de médecine]. Toulouse : Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2020.
48. Ministère de l'économie et des finances. Obésité : quelles conséquences pour

l'économie et comment les limiter ? Trésor Dir Générale. sept 2016;(179):1-12.

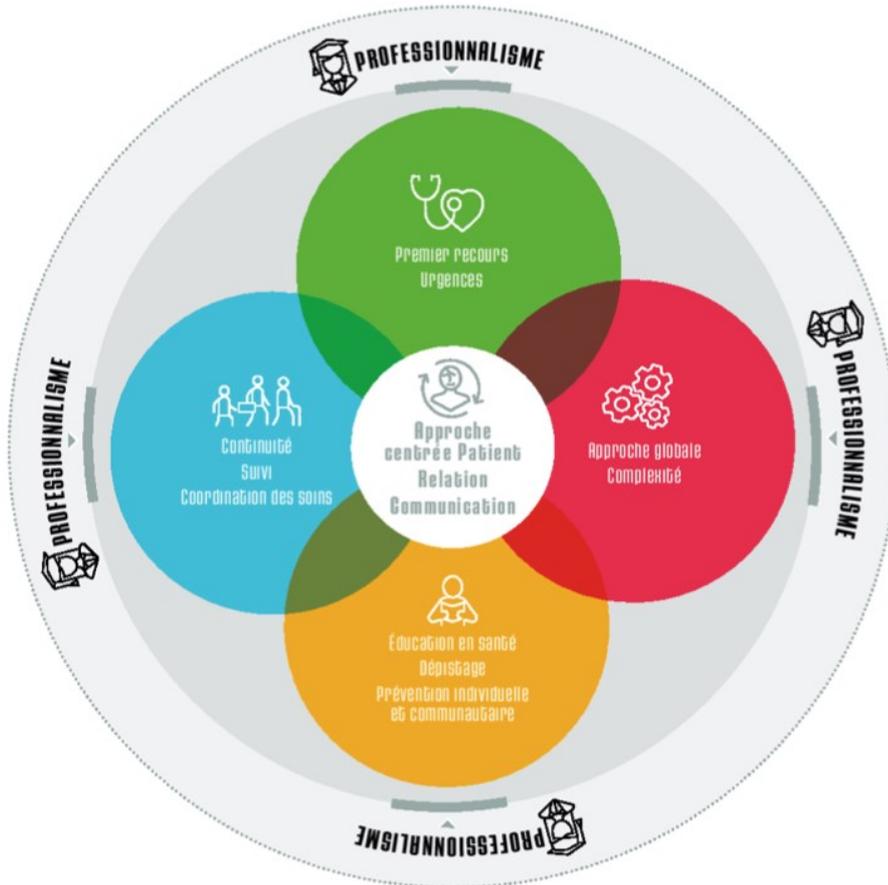
49. Assurance maladie. (consulté le 04/08/21). Surpoids et obésité infantile. Prévention du surpoids et l'obésité de l'enfant. [en ligne]. <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/surpoids-et-obesite-infantile/un-enjeu-de-sante-publique>

50. Ripaud-Cadiou J. Exploration de la pratique des médecins généralistes en Indre-et-Loire concernant la prise en charge de l'obésité de l'enfant, depuis la mise en place de la cotation CSO [Thèse d'exercice de médecine]. Tours : Université Francois-Rabelais Tours; 2020.

51. Collège national des généralistes enseignants. Evaluation du RSCA, traces d'apprentissage du stage ambulatoire. 2016.

ANNEXES

A. Annexe 1 : Marguerite des compétences (26)



**Référentiel métier et compétences des médecins généralistes**

Cette marguerite représente les 6 compétences principales de la spécialité médecine générale.

Chaque cercle illustre les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice. La spécialité médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.



SOURCE : d'après C. ATTALI, P. BAIL et al. groupe « niveaux de compétences » du CNGE

Conception graphique : jkassakara.fr

## B. Annexe 2 : Grille d'évaluation d'un RSCA par le CNGE. Critères d'évaluation détaillés (51)

		Pertinent	Améliorable	Insuffisant
COMPLEXITE	Diversité des champs abordés	La diversité recouvre plusieurs des champs abordés en soins primaires : administratif, biomédical, psycho-relationnel, social mais aussi éthique, réglementaire...	La diversité est relative puisque seules quelques problématiques sont abordées mais il n'est pas exposé les éléments des autres champs de la situation	La situation expose une problématique dans un ou deux champs seulement
	Diversité des solutions	Les solutions proposées dépendent de plusieurs stratégies de résolution de problème et sont le fruit d'une réflexion et d'un choix prenant en compte la complexité de la situation	Les solutions sont bien définies mais ne prennent pas en compte tous les champs de la situation	Les solutions sont uniques, exclusives ou standardisées
NARRATION DE LA SITUATION	Caractère narratif du récit	Le récit est détaillé prenant en compte les temps de la consultation et les temps en dehors de la consultation, concernant la globalité du patient, produit par un sujet narrateur à la première personne du singulier, relatant la succession dans le temps de l'ensemble des faits marquants, des comportements réels, des sentiments vécus par le narrateur et de l'ensemble des éléments (description physique, présentation, paroles échangées, ton, attitudes, sensations, sentiments ressentis, interactions, transfert...) permettant de suivre la démarche de résolution de problème	La relation est faite par un sujet narrateur plus ou moins impliqué, de séquences marquantes de la situation, avec des manques concernant le vécu de la relation, ne permettant pas d'avoir l'ensemble des éléments concourant finement la démarche de résolution de problème	La situation est similaire à une prise d'observation clinique : description impersonnelle exhaustive, structurée d'un cas clinique sans fait marquants ou incidents critiques, sans analyse et interprétation en vue d'une prise de décision
	Exposé de la démarche	Les données exploratoires de la plainte initiale ou identifiée sont racontées, aussi bien les éléments sémiologiques que l'ensemble des données permises par le recueil, l'argumentaire de la décision est explicite, la négociation avec le patient et les éléments de la stratégie éducative sont rapportées	Certains champs de données exploratoires sont manquants, la décision n'est pas explicitée en regard de l'ensemble des champs de la situation, des éléments de la stratégie éducative ne sont pas rapportés	Les données exploratoires sont insuffisantes en regard de la situation, les décisions ne sont pas explicitées, les éléments de la négociation et concourant au développement d'une stratégie éducative ne sont pas rapportés

		Pertinent	Améliorable	Insuffisant
PROBLEMATISATION ET OBJECTIFS D'ETUDE	Pertinence des questions formulées par l'étudiant	Les problèmes sont formulés par des questions précises se rapportant à la résolution de la situation exemplaire	Les problèmes sont formulés par des questions générales se rapportant plus ou moins à la résolution de la situation exemplaire	Les problèmes ne sont pas formulés sous forme de question, mais sous forme de sujets généraux d'étude à traiter, ou ne se rapportent pas à la résolution de la situation exemplaire
	Adéquation des questions avec les tâches et fonctions de la MG	Les questions sont en adéquation avec les tâches et fonctions de la MG définies par le référentiel métier	Les questions sont parfois en dehors du champ de la médecine générale	Les questions ne concernent pas le champ des soins primaires
	Précision de la définition des objectifs d'étude et adéquation avec les problèmes	La définition des objectifs est précise en fixant des tâches d'apprentissage précises en rapport avec les problèmes posés	La définition est vague sans tâche d'apprentissage clairement identifiée ou partiellement en rapport avec les problèmes posés	Il n'y a pas d'objectif d'étude notifié, il n'y a pas de tâche d'apprentissage identifiée, ou ces objectifs sont discordants avec les problèmes posés
RECHERCHE DOCUMENTAIRE	Adéquation de la recherche avec les objectifs	La recherche est en adéquation avec les objectifs d'étude identifiés	Le choix et la recherche des documents considérés sont insuffisamment adaptés en regard des objectifs d'étude	Les documents recherchés ne sont pas adaptés aux objectifs d'étude ou il n'y a pas d'élément documentaire étayant les réponses aux objectifs d'étude
	Pertinence de la recherche (pertinence des références)	Le choix des références est de bon niveau de preuve et permet de répondre aux questions posées	Le choix des références est de niveau de preuve discutable ou ne permet de répondre que partiellement aux questions posées	Le choix des références est de niveau de preuve insuffisant ou ne permet pas de répondre aux questions posées
	Qualité du résumé (réponses aux questions posées)	Le texte est clair, concis, identifie les réponses aux questions posées, dont les références sont citées tout au long du texte selon les recommandations en vigueur avec mention du niveau de preuve	Le texte ne répond pas toujours clairement aux questions précises bien qu'il comprenne des notes d'analyse bibliographique, des résumés des entretiens avec les personnes ressources ou de discussions collégiales, ou n'est pas référencée de manière suffisante ou le niveau de preuve n'est pas mentionné.	Le texte ne permet pas de répondre aux questions posées, ou n'est pas clair, ou n'est pas référencé

		Pertinent	Améliorable	Insuffisant
<b>SYNTHESE DE LA SITUATION CLINIQUE</b>	Identification des points clés	Les points importants du travail en soins primaires sont identifiés de manière explicite et claire de façon à pouvoir être réutilisés dans d'autres situations	Les points importants du travail apparaissent de manière inégale et ne sont pas réutilisables facilement	Les points importants ne sont pas identifiables, paraissent absents ou sur le même plan que des points de détail ou de lointain rapport avec les soins primaires
	Acquisition de nouvelles compétences	La synthèse compare les connaissances et compétences antérieures et celles acquises par le travail, en comparant les solutions proposées et celles mises en œuvre dans le RSCA	La synthèse apporte des éléments imparfaits rendant compte du processus d'apprentissage et permet difficilement de comparer les solutions proposées et celles mises en œuvre	La synthèse est absente ou ne rend pas compte de l'apport du travail effectué, ou ne compare pas les solutions proposées et celles mises en œuvre
	Utilité des traces d'apprentissage produites	Les traces d'apprentissage produites reflètent l'ensemble des travaux effectués, sont bien présentées et peuvent être facilement conservées et réutilisées par l'étudiant	Les traces d'apprentissage ne reflètent qu'une partie des travaux effectués, sont moyennement bien présentées, ou ne sont que moyennement réutilisables par l'étudiant	Les traces d'apprentissage rendent insuffisamment compte des travaux attendus, ou sont présentées de manière non pertinente et ne sont pas réutilisables efficacement par l'étudiant.
<b>EVALUATION GLOBALE ET COMMENTAIRES SUR LE TRAVAIL :</b> Si pas d'items « insuffisant » : validé, et éventuels commentaires du jury. Si 1 ou 2 items « insuffisant » : validation à l'appréciation du jury Si 3 items « insuffisant » : non validé				

### C. Annexe 3 : Journal de bord

Un extrait de mon journal de bord :

[...] Je suis passée par l'idée d'un questionnaire pour les internes de médecine générale concernant leurs connaissances sur le dépistage de la scoliose. J'ai abandonné l'idée puis j'ai fait des recherches sur la communication entre patients-internes. A force de lire diverses thèses, je suis tombée sur des thèses d'internes réalisés sur le support du portfolio. Je trouvais l'idée intéressante d'utiliser ce support pédagogique que les IMG ont élaboré pendant 3 ans de leur cursus. Ce qui est intéressant est leur nouvel objectif pour ces supports, après leur passage devant le jury. Toutes ces données ne restent pas dans des archives.

Alors j'ai demandé à mes amis qu'ils me passent leur portfolio pour identifier comment je pouvais faire une question de recherche sur la communication des IMG/patients à travers les RSCA. Mais les récits ne sont pas assez proches de la réalité, c'est-à-dire au mot près pour établir des éléments sur la communication. Ce que je recherchais, c'était ce que j'avais appris lors de mon dernier semestre chez le praticien avec l'approche de Calgary-Cambridge, les différentes stratégies de communication des médecins. Or les RSCA ne se rapprochaient pas de cette approche, ce n'était pas le bon support. Les thèses déjà faites sur le contenu des RSCA se sont intéressées à l'addictologie ( tabac, vape, alcool) et la vaccination. Je me suis demandée ce qui m'intéressait et ce qui touchait La Réunion. L'obésité me vient rapidement en tête, l'abord de l'obésité par le patient, les médecins. *Ma question initiale est « Pourquoi avons-nous du mal à aborder le poids avec les patients »*. Personnellement, je trouve qu'une consultation où la personne est demandeuse de conseil sur sa perte de poids est difficile. Cela est dû à mon manque de connaissance, non aborder autrement que par les données médicales pendant notre cursus. Or je pense qu'une consultation sur le surpoids doit être une approche globale qui passe par la relation patient/malade, la communication. [...]

**D. Annexe 4 : Résultats de la qualité des RSCA selon la grille du CNGE**

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Diversité des champs abordés	1	1	2	1	2	1	1	0	1	2
Narration des solutions	1	2	2	1	2	1	2	1	2	0
Caractère narratif du récit	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1
Pertinence des questions formulées	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1
Adéquation FX MG	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
Précision obj études et adéquation avec PB	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1
Pertinence recherche	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1
Qualité résumé	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2
Identification des points clés	2	2	0	2	2	2	2	1	1	0
Acquisition de nouvelles compétences	2	2	0	1	2	2	2	1	1	0
Utilité des traces d'apprentissage	2	2	0	2	2	2	2	1	1	0
NOTE SUR 20	17,3	19,1	10	14,5	19,1	16,4	19,1	10,9	11,8	9,09

	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17	R18	R19	R20
Diversité des champs abordés	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
Narration des solutions	1	2	0	0	2	0	2	2	2	1
Caractère narratif du récit	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2
Pertinence des questions formulées	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
Adéquation FX MG	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Précision obj études et adéquation avec PB	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2
Pertinence recherche	1	2	0	1	2	1	1	1	2	2
Qualité résumé	1	2	0	1	1	1	2	1	2	2
Identification des points clés	1	2	0	2	2	2	2	2	2	2
Acquisition de nouvelles compétences	1	2	0	2	0	2	2	2	1	2
Utilité des traces d'apprentissage	1	2	0	2	1	2	2	2	1	2
NOTE SUR 20	10,9	18,2	5,45	12,7	15,5	12,7	16,4	18,2	16,4	17,3

## E. Annexe 5 : Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque.

## L'abord du surpoids par les étudiants de troisième cycle en consultation de médecine générale à travers les portfolios

### Résumé

Introduction : La prise en charge de patients en surpoids par les étudiants est peu décrite dans la littérature, contrairement à celle des médecins généralistes. L'objectif de cette étude est d'analyser la prise en charge des patients en surpoids par les étudiants et leurs difficultés, à travers le portfolio (PF).

Méthode : Une étude descriptive puis qualitative inductive thématique a été menée à partir des portfolios de trois promotions d'étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale, de la faculté de médecine de La Réunion.

Résultats : Les étudiants rencontraient des difficultés lors de la consultation de patients en surpoids. La démarche réflexive du PF permettait l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences. Les étudiants amélioraient ainsi leurs futures prises en charge de patients en surpoids.

Conclusion : Le PF est un outil capable d'améliorer les prochaines rencontres avec des patients en surpoids. La compétence « *communication en santé* » reste difficile à évaluer à la seule lecture du portfolio. Les portfolios proposent un nouveau corpus de données utilisable pour la recherche qualitative en médecine générale.

**Discipline** : Médecine générale

**Mots-clés** : Surpoids, médecine générale, étudiants de médecine générale, portfolios

## Talking to overweight in general medicine consultation by postgraduate students through portfolios

### Abstract

Background : The management of overweight patients by students is little described in the literature, unlike that of general practitioners. The objective of this study is to analyze the management of overweight patients by students and their difficulties, through the portfolio.

Method : A descriptive and qualitative inductive thematic study was carried out using the portfolios of three classes of general medicine interns from Reunion Island medical school.

Results : Students encounter difficulties when consulting overweight patients. The reflective approach of the RSCA allows the acquisition of new knowledge and skills. Thus the interns improve their future care of overweight patients.

Conclusion : The portfolio is a tool capable of improving future encounters with overweight patients. The "health communication" competence remains difficult to assess just by reading the portfolio. The portfolios offer a new body of data that can be used for qualitative research in general medicine.

**Discipline** : General medicine

**Keywords** : Overweight, general medicine, general medicine interns , portfolios