

SORBONNE UNIVERSITÉ
FACULTÉ DE MÉDECINE SORBONNE UNIVERSITÉ

ANNÉE 2017/2018

THÈSE

N° 2018SORUM082

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Diplôme d'État

SPÉCIALITÉ : Médecine Générale

PAR

Martina BISIO

NÉE LE 04/08/1988 à Chiavenna (IT)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15 NOVEMBRE 2018

**Étude de l'amélioration de la qualité de vie chez des patients
ayant participé à l'atelier alimentation du centre municipal de
santé d'Ivry-sur-Seine**

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur MIRAMONT Vincent

PRÉSIDENT DE THÈSE : Professeur CORNET Philippe

MEMBRES DU JURY : Docteur CHASTANG Julie

Docteur SOARES André

REMERCIEMENTS

Au Professeur Philippe Cornet,

vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Votre parcours est un exemple pour les jeunes médecins. Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements et de ma gratitude les plus sincères.

Au Docteur Vincent Miramont,

merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, de m'avoir soutenue et accompagnée durant tout ce parcours. Je n'oublierais jamais ton enseignement au cours du stage niveau 1, tu m'as donné le goût pour la médecine de ville.

Au Docteur André Soares, et au Docteur Julie Chastang,

merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A Sylvie,

merci pour ton aide précieuse, sans toi ce travail n'aurait pas été possible.

A Maité et Mathilde,

merci de m'avoir aidée à rendre le questionnaire plus lisible et compréhensible.

Au Docteur Audrey Amar, mon amie

merci pour ta relecture, tes précieux conseils et ton avis.

A ma famille,

merci pour votre soutien et votre aide tout au long de mes études et merci à ma grande sœur Silvia et à Romain pour votre aide avec Excel et la mise en page.

A mes amis,

merci d'avoir toujours été là et d'avoir cru en moi.

A Sophie,

merci pour tes cours de danse qui depuis 20 ans m'aident à avancer. Sans la danse je n'y serai jamais arrivée.

A Danilo,

Merci pour ta patience et de m'accompagner au quotidien dans toutes les épreuves.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Table des matières

| | |
|---|--------------|
| Remerciements | 2 |
| Serment d’Hippocrate | 3 |
| Table des matières | 4-5 |
| Table des figures | 6 |
| Liste des abréviations | 7 |
| Introduction | 8-15 |
| Les thérapeutiques non médicamenteuses | |
| Atelier alimentation du CMS d’Ivry-sur-seine | |
| Autres actions au sein du CMS | |
| Objectif | |
| Matériels et méthodes | 16-19 |
| Type d’étude | |
| Population | |
| Critère de jugement principal | |
| Recueil des données | |
| Statistiques | |
| Résultats | 20-32 |
| Population | |
| Amélioration de la qualité de vie | |
| Amélioration des paramètres clinico-biologiques | |

| | |
|---|--------------|
| Facteurs associés à l'amélioration | |
| Bilan de fin d'année | |
| Discussion | 33-45 |
| Interprétation des résultats | |
| Forces et faiblesses | |
| Perspectives de santé publique et implications en médecine générale | |
| Conclusion | 46-47 |
| Bibliographie | 48-49 |
| Annexes | 50-62 |
| Résumé | 63 |
| Mots clés | 63 |

Table des figures

| | |
|---|-----------|
| Flowchart | 20 |
| Tableau 1 : Caractéristiques des patients | 21 |
| Tableau 2 : Antécédents médicaux | 22 |
| Tableau 3 : Résultats score qualité de vie SF-12 | 23 |
| Tableau 4 : Données clinico-biologiques | 24 |
| Figure 1 : Réponses question 1 | 25 |
| Figure 2 : Réponses question 2 | 25 |
| Figure 3 : Réponses question 3 | 26 |
| Figure 4 : Réponses question 4 | 26 |
| Figure 5 : Réponses question 5 | 27 |
| Figure 6 : Réponses question 6 | 27 |
| Figure 7 : Réponses question 7 | 28 |
| Figure 8 : Réponses question 8 | 28 |
| Figure 9 : Réponses question 9 | 29 |
| Figure 10 : Réponses question 10 | 29 |
| Figure 11 : Réponses question 11 | 30 |

Liste des abréviations

AAP : appel à projet

ALD : affection longue durée

ARS : agence régionale de santé

CEPS : Plateforme universitaire Collaborative d'Évaluation des programmes de Prévention et de Soins de support

CMS : centre municipal de santé

CV : cardio-vasculaire

ETP : éducation thérapeutique du patient

FIR : fond d'intervention régionale

HAS : Haute autorité de santé

HTA : hypertension artérielle

IDE : infirmière diplômée d'état

IMC : indice de masse corporelle

INM : intervention non médicamenteuse

INSERM : institut national de la santé et de la recherche

OMS : organisation mondiale de santé

TCC : thérapie comportementale et cognitive

TNM : Thérapeutiques non médicamenteuses

I. Introduction

Le médecin généraliste se voit souvent contraint de prendre en charge seul des patients à situations complexes pour lesquels les thérapeutiques médicamenteuses ne semblent pas toujours suffisantes. Il est aussi parfois confronté à des patients ayant une certaine réticence à la prise de médicaments. Leurs motivations peuvent être multiples que ce soit par crainte des effets secondaires, par convictions personnelles (par exemple les naturophiles préférant des méthodes plus naturelles) (1) ou sous l'influence de certaines affaires médiatisées comme l'affaire du Lévothyrox en 2017. La relation médecin-malade est souvent mise à dure épreuve dans ces situations.

Les thérapies non médicamenteuses ont fait leurs preuves dans différents domaines et pourraient être plus largement utilisées en médecine générale. (2)

Le service de santé publique du centre municipal de santé (CMS) d'Ivry-sur-Seine a mis en place plusieurs ateliers et dispositifs ajoutant un panel de propositions au médecin traitant pour la prise en charge de ses patients.

1) Les thérapeutiques non médicamenteuses

Selon la Plateforme CEPS (2017), une INM « est une intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science. Elle vise à prévenir, soigner ou guérir un problème de santé. Elle se matérialise sous la forme d'un produit, d'une méthode, d'un programme ou d'un service dont le contenu doit être connu de l'utilisateur. Elle est reliée à des mécanismes biologiques et/ou des processus psychologiques identifiés. Elle fait l'objet d'études d'efficacité. Elle a un impact observable sur des indicateurs de santé, de qualité de vie,

comportementaux et socio-économiques. Sa mise en œuvre nécessite des compétences relationnelles, communicationnelles et éthiques ». (3)

Un rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) distingue trois catégories, les « thérapeutiques physiques », les « règles hygiéno-diététiques » et les « traitements psychologiques ». (2)

a) Règles hygiéno-diététiques

On entend comme règles hygiéno-diététiques les régimes diététiques, les activités physiques et sportives, les modifications des comportements alimentaires, et les règles d'hygiène. Ces règles sont recommandées en prévention comme en traitement de première intention de certaines pathologies (notamment dans le traitement des facteurs de risque cardio-vasculaires : HTA, diabète, hypercholestérolémie, surpoids...).

1. Activité physique et sportive

Les études scientifiques (OMS, INSERM, Académie de médecine, Haute autorité de santé) ont démontré les bénéfices de l'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse pour un certain nombre de pathologies (cancer du sein et du colon, diabète de type 2, maladies cardiovasculaires (CV) notamment). (4)

Il a été également démontré un bénéfice de l'activité physique sur la santé mentale et notamment l'anxiété et la dépression. (5)

Depuis la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, il est possible pour les médecins généralistes, de prescrire une activité physique adaptée aux personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD). (6) Ce dispositif est encore expérimental et la question du

financement se pose car la sécurité sociale ne rembourse pas les séances de sport. Certaines mutuelles ont mis en place un système de remboursement et quelques collectivités locales proposent également des dispositifs de prise en charge sur une durée limitée.

2. Alimentation

Comme pour l'activité physique et sportive, le rôle d'une bonne alimentation a été démontré dans plusieurs pathologies comme l'ostéoporose, les maladies CV, les pathologies néphrologiques... Une nutrition satisfaisante est un facteur de protection de la santé.

En France, le Programme national nutrition santé (PNNS) a été initié en 2001 et prolongé en 2006. Il a fourni un cadre de référence et produit de nombreux outils et mécanismes incitatifs servant de support aux actions. Il est connu par la population à travers les actions de prévention « manger bouger » (vidéos de prévention, site internet, actions locales). Plusieurs objectifs initialement fixés ont été atteints comme la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, la réduction de la consommation de sel ou de sucre, l'augmentation de la consommation de fruits chez les adultes. (7)

b) Les traitements psychologiques

Les troubles mentaux ont une forte prévalence dans tous les pays et constituent environ un tiers des résultats de consultation en médecine générale de ville. En France, les médecins généralistes assurent la prise en charge de la plupart des psychopathologies. (8)

La thérapie comportementale et cognitive (TCC) et les thérapies d'inspiration analytique sont des techniques de psychothérapie reconnues pour le traitement de nombreuses pathologies

psychiatriques (phobies, troubles anxieux, troubles thymiques, addictions...) seules ou en association avec un traitement médicamenteux.

Elles sont souvent utilisées en médecine générale notamment dans la prise en charge du sevrage alcoolo-tabagique, des troubles anxio-dépressifs et des troubles du sommeil.

c) Les thérapeutiques à médiation corporelle

1. Techniques de rééducation

La kinésithérapie, l'ergothérapie, la psychomotricité sont des disciplines utilisées pour la prise en charge de certaines pathologies psychiatriques, pour la prise en charge de la douleur et la rééducation de certaines déficiences.

Elles ont fait leur preuve dans la prise en charge de la dépression, de l'anxiété et des troubles somatoformes. Elles pourraient être plus fréquemment prescrites pour ces indications en médecine générale.

2. Art thérapie

Les indications de l'art-thérapie moderne sont les troubles de l'expression, de la communication et de la relation. C'est une approche cognitivo-psycho-corporelle.

L'art-thérapie traditionnelle est une forme de psychothérapie à médiation artistique. C'est une approche analytique et/ou interprétative. En art-thérapie traditionnelle, l'Art est un média qui permet d'aider la personne à s'exprimer dans un cadre psychothérapeutique.

L'art-thérapie regroupe toutes les techniques artistiques (musicothérapie, danse-thérapie, édugraphie...). (9)

d) Autres

Les thérapeutiques non médicamenteuses n'ont pas encore de classification internationale. En plus de celles présentées dans la classification de la HAS, rentrent dans ces thérapeutiques la phytothérapie, l'homéopathie, l'ostéopathie, l'acupuncture, l'hypnose et bien d'autres. (10)

2) Atelier alimentation du CMS d'Ivry-sur-Seine

Au CMS d'Ivry-sur-Seine, il existe un atelier alimentation depuis 2006, initialement inscrit dans le programme « manger mieux bouger plus » du département pour les 11-15ans.

Devant la demande de la part des parents des enfants en surpoids, Sylvie (IDE du centre de santé) a eu l'idée d'étendre l'atelier aux adultes et notamment aux patients en surpoids et atteints de pathologies en lien avec le surpoids (diabète, hypercholestérolémie...), ce qui a pu être mis en place en 2014.

L'atelier alimentation est organisé à travers des rencontres avec une infirmière et une nutritionniste où le but est de parler de l'alimentation (deux mots tabous : poids et régime) , cuisiner, pratiquer ensemble de l'exercice physique (en lien avec le service des sports de la ville) et ainsi entrer dans une vision associant plaisir et moment de convivialité. C'est l'estime de soi et les relations sociales qui sont améliorées et les conseils alimentaires associés a ces moments de convivialité ont des retombées importantes.

Il s'organise en une séance toutes les trois semaines d'une durée de deux heures. Deux groupes d'environ 14 personnes s'alternent, avec le maintien des mêmes personnes par groupe d'une séance sur l'autre afin de permettre que s'établissent des liens. Un groupe de patients est choisi à chaque atelier pour aider Sylvie à choisir une recette (parfois proposée par un patient en fonction de ses origines), à faire les courses et à cuisiner. A 18h tous les patients sont présents ainsi que la

diététicienne. Chaque atelier débute par un cours pédagogique interactif. Les participants choisissent ensemble le thème qu'ils souhaiteraient aborder au prochain atelier. Ensuite les participants et les soignants mangent ensemble le repas qui a été préparé en amont par Sylvie et un petit nombre de participants.

Plusieurs fois par an il leur est proposé de faire une activité physique ensemble (marche à pied) ou une activité en lien avec le service des sports de la ville (ils ont par ailleurs un tarif réduit dans le cadre du « passeport santé » et y ont une place privilégiée).

Les patients sont adressés par leur médecin traitant (qui peut exercer au sein du centre de santé ou en libéral). Les critères de participation ne sont pas clairement identifiés.

L'atelier est financé à moitié par L'ARS et à moitié par le CMS (budget santé publique de la ville).

Il est évalué lors d'un bilan de fin d'année au cours duquel il est demandé oralement et de façon ouverte aux patients les points positifs et négatifs de l'atelier et les éventuelles améliorations qui pourraient y être apportées. On leur demande également les répercussions sur leur santé.

3) Autres actions au sein du CMS

a) Atelier Yogi

L'atelier yogi n'est pas tant un atelier de sport que de bien être qui a pour objectif une amélioration de la santé sur le plan physique et mental quand d'autres voies sont insuffisantes voire impossibles. Un des principaux objectifs était de reconnecter les patients avec leur propre corps, qui n'était plus que plainte, à travers la relaxation et l'activité physique, dans un moment de convivialité animé par une infirmière et un professeur de Yoga diplômé. La psychothérapie pour certains ne permettait pas cette reconnexion au corps et pour d'autres le corps était absent ou vécu

uniquement douloureusement. Les objectifs étaient de reprendre conscience de son corps et en prendre soin, vivre des expériences positives avec son corps, renforcer des liens sociaux et l'estime de soi.

b) Passeport santé

Dans le cadre du nouveau décret concernant le sport sur ordonnance (décret du 30 décembre 2016), le centre de santé s'est mis en relation avec le service des sports de la ville. Un partenariat s'est créé en proposant 20 séances à prix réduits aux patients du CMS avec prescription d'activité physique par le médecin traitant. Sont privilégiés les patients participant aux autres ateliers du CMS. Des séances de sport adaptées aux pathologies et déficiences des patients sont proposées par des professionnels diplômés au sein des structures du service des sports de la ville.

4) Objectif

L'atelier alimentation s'inscrit comme proposition non médicamenteuse, au même titre que d'autres ateliers au sein du centre de santé, dans le cadre d'une volonté de prise en charge globale du patient. C'est l'atelier le plus ancien et le mieux organisé du CMS. Le retour des patients depuis 4 ans nous fait penser qu'il améliore nettement leur santé mais aucune étude objective ne l'a jamais démontré.

L'OMS décrit la santé ainsi : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

En 1992 l'OMS a défini la qualité de vie comme telle : « La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large

champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement. »

L'objectif principal de cette étude était d'étudier l'amélioration de la qualité de vie chez les patients ayant participé à l'atelier alimentation depuis 2014. Nous avons également recherché quels étaient les facteurs associés à cette amélioration.

II. Matériel et méthodes

1) Type d'étude

Étude évaluative, observationnelle, comparant les données avant/après, monocentrique, rétrospective.

2) Population

Nous avons inclus tout patient ayant participé à l'atelier alimentation au CMS d'Ivry-sur-Seine de 2014 à 2018.

Étaient exclus les patients ayant participé à moins de 5 ateliers par an.

3) Critère de jugement principal

Nous avons étudié l'amélioration de la qualité de vie chez ces patients. Le critère de jugement principal était l'amélioration du score de qualité de vie sur les questionnaire SF-12 (numéro de licence QM043534).

Les critères de jugement secondaires étaient l'amélioration des indicateurs de santé biologiques et cliniques (LDL, HbA1C, IMC, Tension artérielle).

4) Recueil des données

Nous avons soumis un questionnaire aux patients de mars 2018 à juillet 2018. Le questionnaire était organisé en 4 parties. Questionnaire en annexe 1.

a) Partie 1 : évaluation de la qualité de vie

Le SF-12 est une échelle de qualité de vie générique qui explore la santé physique, émotionnelle et sociale. Ce questionnaire comprend 12 items répartis en 8 dimensions (l'activité physique, la vie et les relations avec les autres, les douleurs physiques, la santé perçue, la vitalité, les limitations dues à l'état psychique, les limitations dues à l'état physique et la santé psychique). C'est une échelle qui a été construite à partir de l'échelle SF-36, mis au point par John Ware et al. (11) L'étude de choix et de validation des items a été effectuée dans 9 pays européens dont la France et auprès de 9000 personnes. (12)

Les réponses au SF-12 permettent d'établir un score de qualité de vie globale, un score de qualité de vie mentale et un score de qualité de vie physique qui sont une note sur 100.

- Un score supérieur à 50 correspond à une qualité de vie moyenne.
- Un score compris entre 40 et 49 traduit une légère incapacité,
- Un score entre 30 à 39 une incapacité modérée,
- Un score inférieur à 30 une incapacité sévère

Les patients devaient répondre le même jour, deux fois au questionnaire SF-12. La première fois en se plaçant dans le passé, ils devaient se souvenir comment il se sentaient avant d'avoir débuté l'atelier alimentation. La deuxième fois il devaient répondre au présent, après la participation à l'atelier.

Le questionnaire SF-12 a été intégré au questionnaire destiné aux patients, il est en annexe 1.

b) Partie 2 : Étude des facteurs associés à l'amélioration de la qualité de vie

Une première question ouverte « Selon vous, quels éléments de l'atelier alimentation ont contribué à améliorer votre santé ? ».

Une deuxième partie proposait des éléments de l'atelier qui selon nous pouvaient avoir eu un rôle dans l'amélioration de leur santé. Les patients devaient donner leur avis sur l'importance de ces éléments (de « pas du tout important » à « très important »).

Ces propositions concernaient :

- l'organisation de l'atelier en tant que tel (lieu, encadrement...)
- le contenu de l'atelier (pédagogie autour de l'alimentation, l'activité physique proposée...)
- l'application des choses apprises au cours de l'atelier au quotidien (refaire les recettes au domicile, apprendre les recettes à des proches, aller vers les autres...)

c) Partie 3 : données médicales

Nous avons recueilli les antécédents médicaux, les données biologiques, le poids, l'IMC, la tension artérielle. Nous avons recherché dans le dossier médical informatisé les données avant participation à l'atelier afin de pouvoir les comparer.

d) Partie 4 : Données socio-démographiques

Nous avons également recueilli les données socio-démographiques : niveau d'étude, situation professionnelle, situation familiale, difficultés sociales...

e) Bilan de fin d'année

J'ai pu assister au dernier atelier alimentation de l'année au-cours duquel les patients ont pu donner leur avis concernant les points positifs et négatifs de l'atelier et les effets qu'il a eu sur leur santé.

5) Statistiques

Pour les analyses statistiques nous avons utilisé le test de Student pour données appariées.

III. Résultats

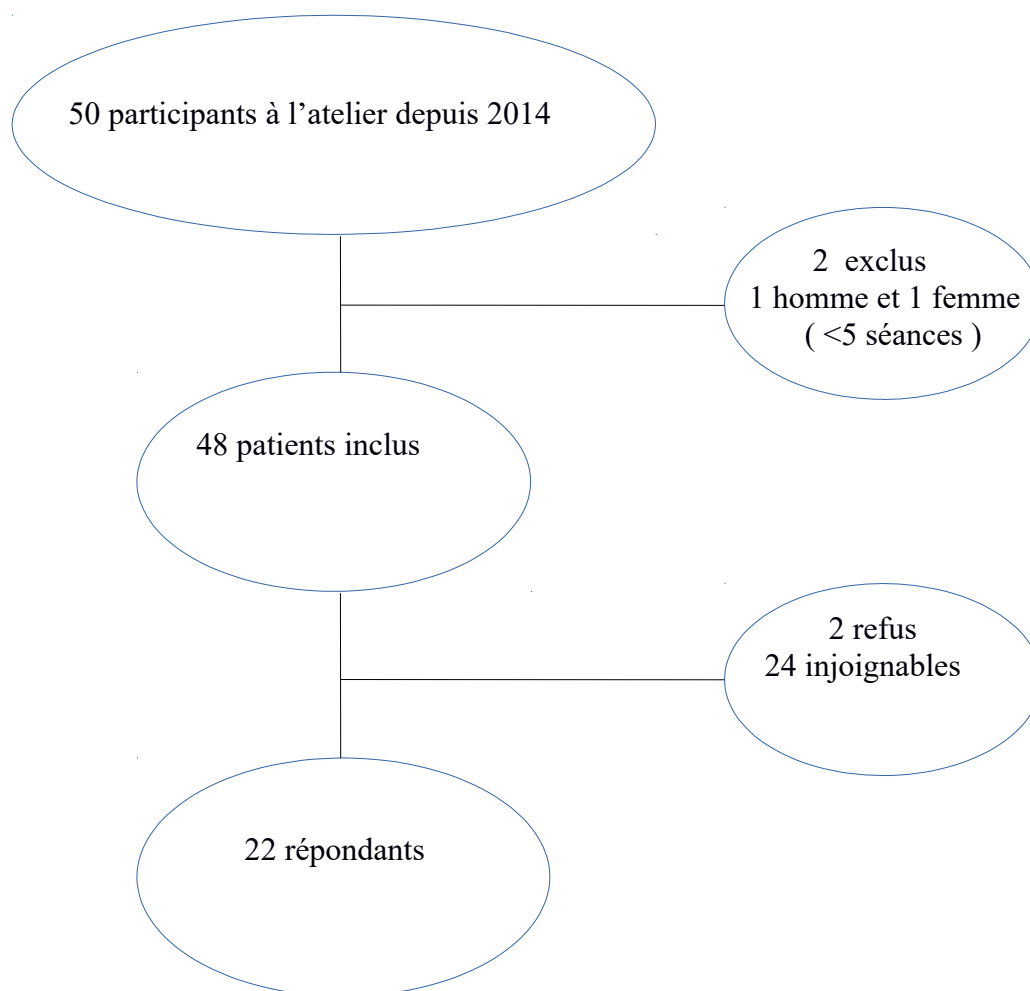
1) Population

Au total 50 personnes ont participé à l'atelier alimentation d'Ivry-sur-Seine de 2014 à 2018. 22 personnes ont répondu au questionnaire de mars 2018 à juillet 2018. 15 personnes ont pu remplir seules le questionnaire, 7 ont eu besoin de mon aide à cause de difficultés linguistiques.

Parmi les répondants, 17 patients participaient à l'atelier durant l'année en cours avec une année de début à l'atelier allant de 2014 à 2018.

5 patients avaient arrêté d'y participer depuis 1 à 2 ans.

Flowchart



L'âge moyen était de 56ans +/- 7, 4. Les caractéristiques socio-démographiques sont présentées dans le tableau 1.

| Tableau 1 : caractéristiques des patients | | | |
|---|---|-----------------|--------------------|
| | | Effectif | Pourcentage |
| Sexe | Femme | 21 | 95 % |
| | Homme | 1 | 5 % |
| Situation familiale | Célibataire | 10 | 45 % |
| | Dont Célibataire sans enfants | 4 | 18 % |
| | En couple | 1 | 5 % |
| | Marié | 10 | 45 % |
| | Veuf | 1 | 5 % |
| Activité Professionnelle | Agriculteur Exploitant | 0 | 0 % |
| | Artisan, commerçant et chef d'entreprise | 0 | 0 % |
| | Cadre et profession intellectuelle supérieure | 0 | 0 % |
| | Profession intermédiaire | 6 | 27 % |
| | Ouvrier | 1 | 5 % |
| | Employé | 8 | 36 % |
| | Retraité | 3 | 14 % |
| | Sans activité professionnelle | 4 | 18 % |
| Étudiant | 0 | 0 % | |
| Niveau d'étude | Primaire | 4 | 18 % |
| | Collège | 3 | 14 % |
| | Lycée | 6 | 27 % |
| | Apprentissage | 2 | 9 % |
| | Études supérieures | 3 | 14 % |
| | Pas d'études | 4 | 18 % |
| Difficulté sociale | Oui | 4 | 18 % |
| | Non | 18 | 82 % |
| Médecin traitant exerçant au CMS | Oui | 10 | 45 % |
| | Non | 12 | 55 % |

Les antécédents médicaux sont présentés dans le tableau 2.

| Tableau 2 : antécédents médicaux | | | |
|--------------------------------------|-------------------------|-----------------|--------------------|
| | | Effectif | Pourcentage |
| Facteurs de risque cardiovasculaires | Diabète | 7 | 32 % |
| | HTA | 9 | 41 % |
| | Hypercholestérolémie | 6 | 27 % |
| | Obésité | 13 | 59 % |
| | Surpoids | 1 | 5 % |
| Pathologies psychiatriques | Total | 5 | 23% |
| | Dépression | 4 | 18% |
| Pathologies ostéoarticulaires | | 14 | 22% |
| Autres | Cardiopathie ischémique | 1 | 5% |
| | Asthme | 2 | 9% |
| | Insuffisance cardiaque | 1 | 5% |
| | Dysthyroïdie | 2 | 9% |

2) Amélioration de la qualité de vie

Au questionnaire d'évaluation de qualité de vie SF-12, le maximum de 100 points par item (mentale et physique) correspondait au meilleur score de qualité de vie.

Les moyennes des scores de qualité de vie physique et mentale augmentaient entre l'évaluation initiale (avant participation à l'atelier) et l'évaluation finale (après participation à au moins 5 ateliers) de façon significative (p 0,002). Cette amélioration était significative pour le score mental de qualité de vie (p 0,0003) mais n'était qu'une tendance pour le score physique (p 0,06).

Les résultats sont présentés dans le tableau 3.

Une analyse de sous groupes n'a pas permis de montrer d'amélioration statistiquement significative mais nous retrouvons une amélioration plus nette du score de qualité de vie mentale dans chaque groupe.

Tableau 3 : Résultats Score qualité de vie SF-12 moyenne (± ET)

| | | Évaluation initiale | Évaluation finale | P |
|---|--|---------------------|-------------------|--------|
| Tous les patients n = 22 | Qualité de vie - Score physique (SF-12) | 39,5 (± 5,75) | 42,9 (±4,1) | 0,06 |
| | Qualité de vie - Score mental (SF-12) | 37,5 (± 8,2) | 47,1 (± 9,1) | 0,0003 |
| | Qualité de vie - Score total (SF-12) | 77,5 (± 11,1) | 88,5 (±10,5) | 0,002 |
| Patients participant à l'atelier en 2018 depuis plus de 2 ans n = 10 | Qualité de vie - Score physique (SF-12) | 41,4 (± 5,1) | 43,5 (± 3,7) | 0,36 |
| | Qualité de vie - Score mental (SF-12) | 39,8 (± 10,7) | 46,6 (± 6,1) | 0,07 |
| | Qualité de vie - Score total (SF-12) | 81,3 (± 12,8) | 90,1 (± 6,8) | 0,05 |
| Patients participant à l'atelier en 2018 depuis moins de 2 ans n = 7 | Qualité de vie - Score physique (SF-12) | 38,4 (± 7,5) | 44,9 (± 2,3) | 0,15 |
| | Qualité de vie - Score mental (SF-12) | 40,9 (± 4,3) | 49,9 (± 7) | 0,038 |
| | Qualité de vie - Score total (SF-12) | 79,3 (± 10,7) | 90,5 (± 9,3) | 0,1 |
| Patients ayant arrêté l'atelier depuis moins de 2 ans n = 5 | Qualité de vie - Score physique (SF-12) | 38,8 (± 3,2) | 42,6 (± 3,6) | 0,2 |
| | Qualité de vie - Score mental (SF-12) | 30,3 (± 7,6) | 46,4 (±16,3) | 0,04 |
| | Qualité de vie - Score total (SF-12) | 71,1 (± 3,5) | 88 (± 14,6) | 0,1 |

3) Amélioration des paramètres clinico-biologiques

Nous avons pu mettre en évidence une tendance à l'amélioration des données cliniques après participation à l'atelier alimentation. Diminution du poids (p 0,02), de l'IMC (p 0,01) et de la TA systolique (p 0,02). Il n'y avait pas de diminution significative des données biologiques. Pas de diminution significative de l'HbA1c chez les diabétiques (p 0,4) et pas de diminution significative du LDL-Chol. Les résultats sont présentés dans le tableau 4.

| Tableau 4 : Données clinico-biologiques moyenne (± ET) | | | | |
|---|------------------------|------------------------|----------|----------|
| | Avant l'atelier | Après l'atelier | p | n |
| Poids (Kg) | 81,4 (± 12,4) | 76,5 (± 11,5) | 0,02 | 16/22 |
| IMC | 32 (± 4,8) | 29,8 (± 5,2) | 0,01 | 16/22 |
| Tension artérielle systolique (mmHg) | 140 (± 17,4) | 125 (± 10,0) | 0,02 | 9/22 |
| HbA1C (%) | 7,2 (± 1,5) | 6,9 (± 0,5) | 0,4 | 4/7 |
| LDL-cholesterol (g/l) | 1,4 (± 0,3) | 1,3 (± 0,2) | 0,3 | 4/22 |

4) Facteurs associés à l'amélioration

a) Réponses à la question ouverte « Selon vous, quels éléments de l'atelier alimentation ont contribué à améliorer votre santé ? »

La majorité des patients considérait l'**amélioration de leurs habitudes alimentaires au quotidien** comme le point clé de l'amélioration de leur santé (14 réponses). Ils attribuaient ces changements aux conseils alimentaires donnés lors des ateliers (10 réponses), aux recettes apprises (9 réponses), à l'apprentissage de la lecture des étiquettes alimentaires (2 réponses) ce qui avait modifié leur façon de faire les courses.

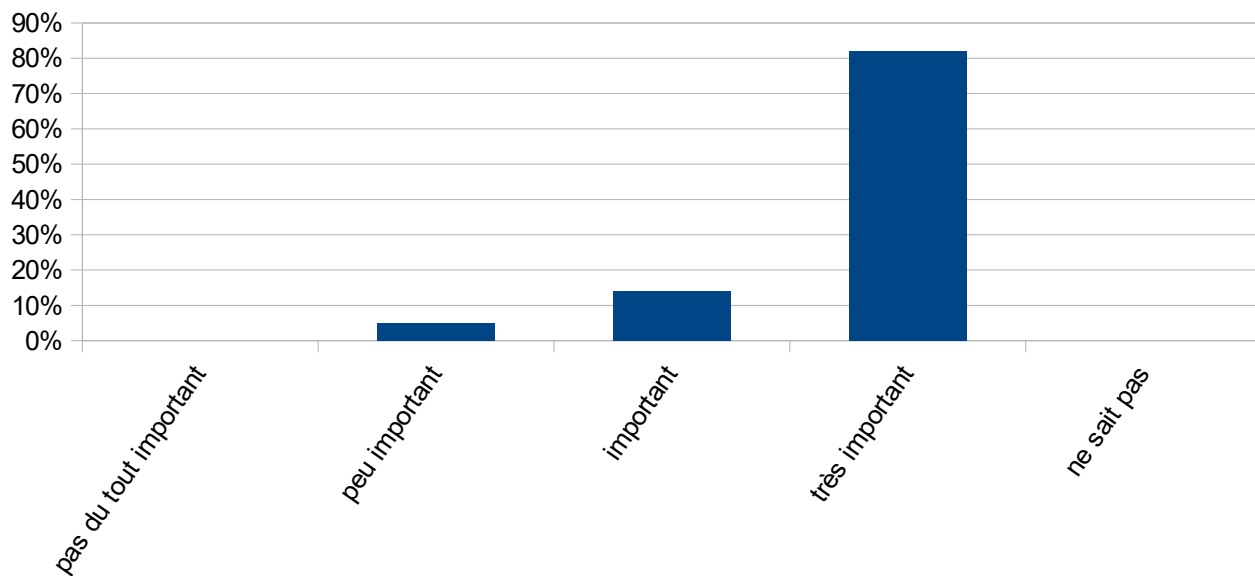
Pour 13 personnes la **convivialité** était un élément qui avait contribué à améliorer leur santé notamment grâce aux rencontres faites (6 réponses), à l'ambiance (1 réponse) et à la possibilité de pouvoir discuter avec d'autres personnes (6 réponses).

b) Réponses aux questions fermées

Nous avons proposé plusieurs éléments de l'atelier alimentation aux patients et nous leur avons demandé à quel point ses éléments ont été importants dans l'amélioration de leur santé.

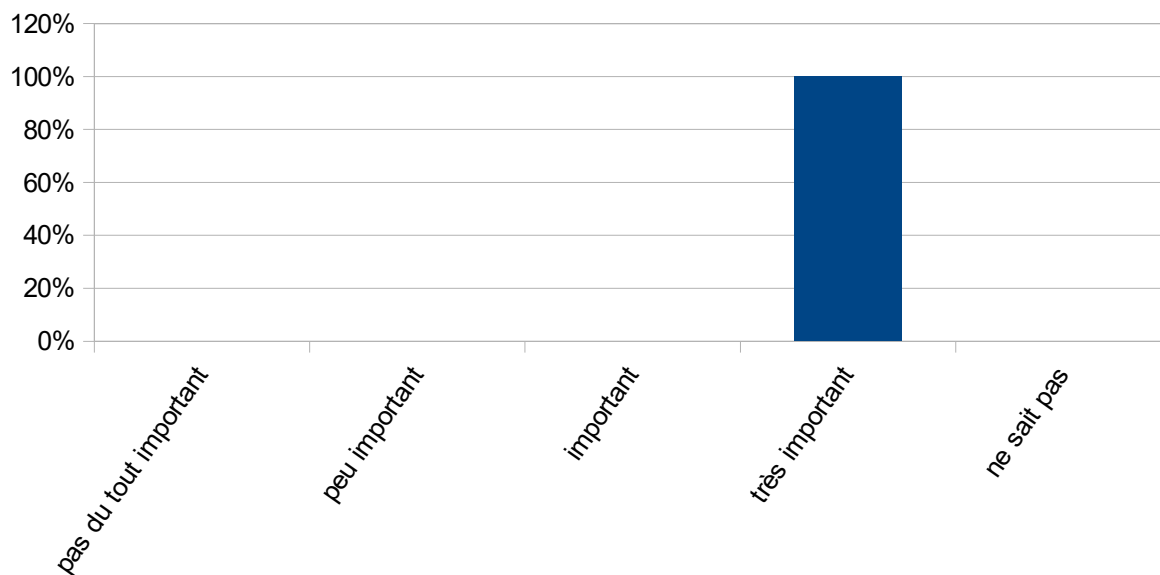
Question 1 : L'atelier se déroule au sein du CMS

Figure 1 : réponses question 1



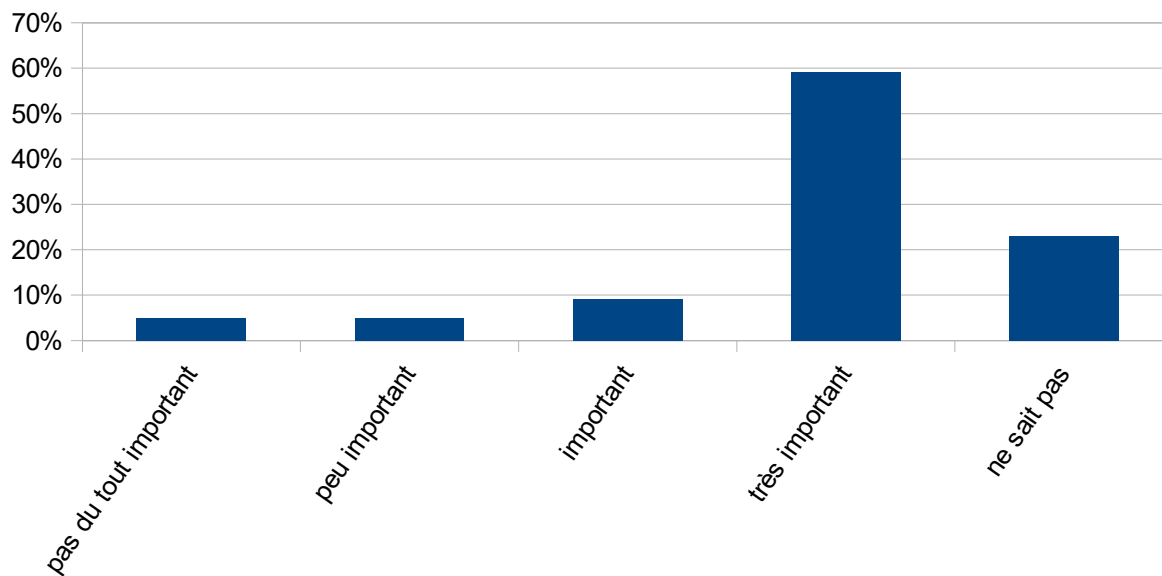
Question 2 : Il est encadré par des professionnels de santé

Figure 2 : réponses question 2



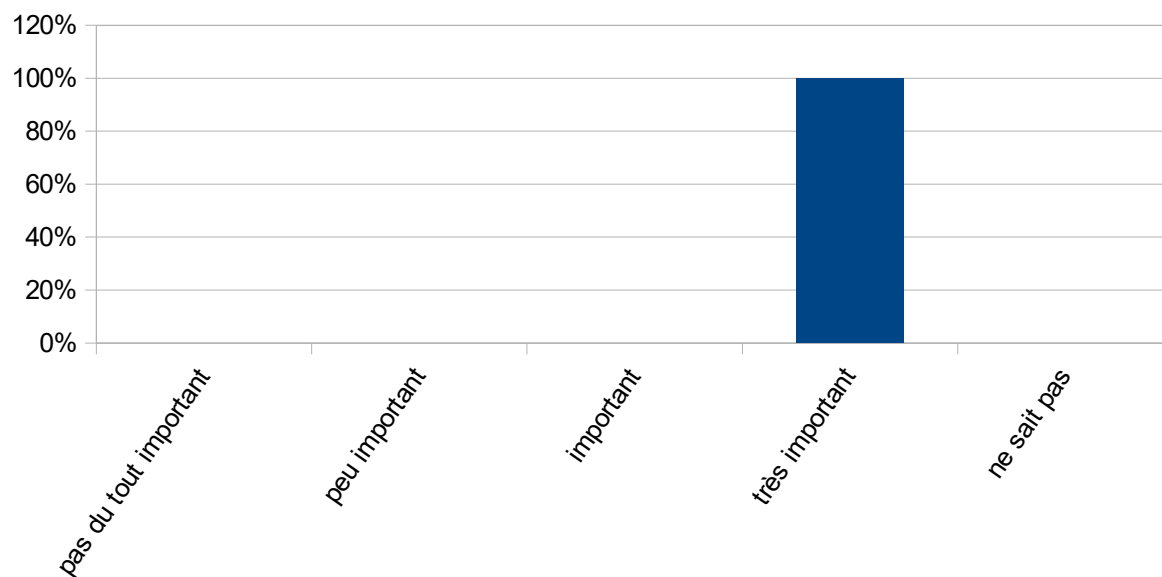
Question 3 : C'est mon médecin traitant à me l'avoir proposé

Figure 3 : réponses question 3



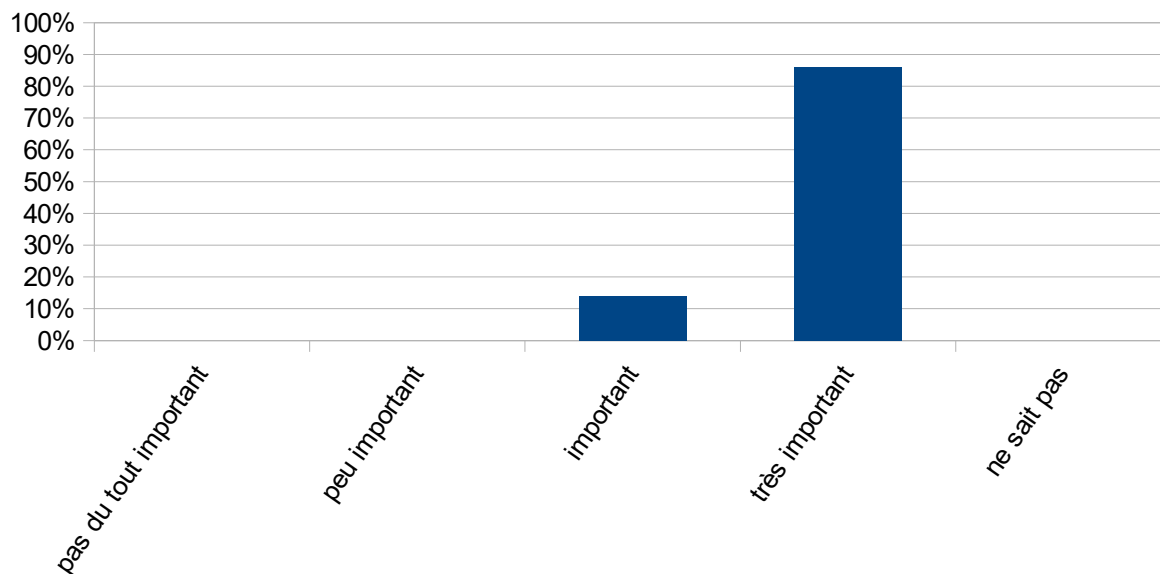
Question 4 : Sylvie veille à me rappeler la séance

Figure 4 : réponses question 4



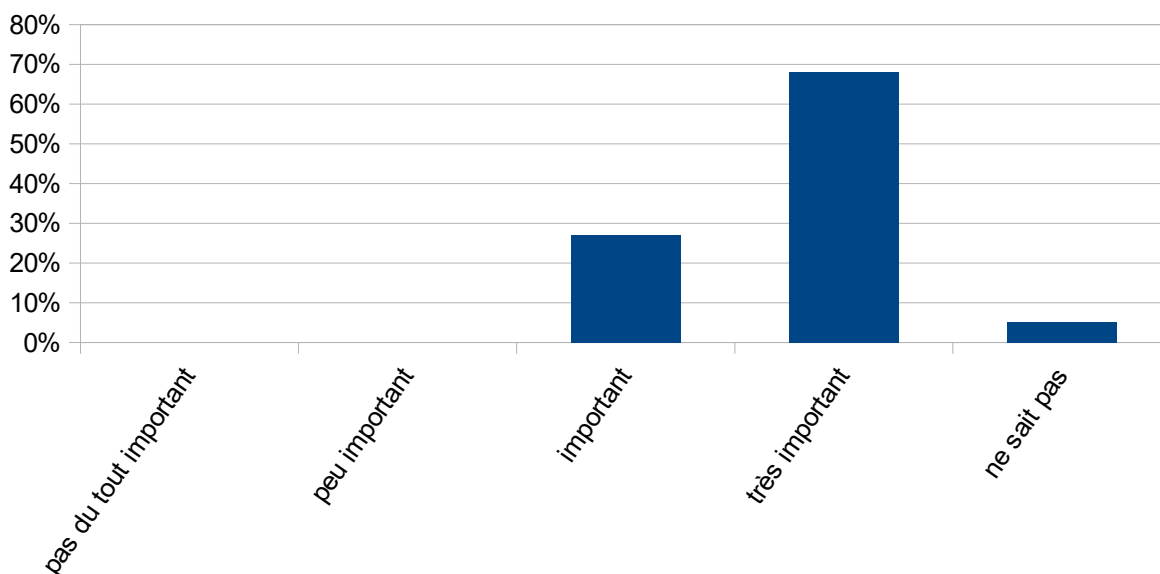
Question 5 : Les cours pédagogiques autour de l'alimentation

Figure 5 : réponses question 5



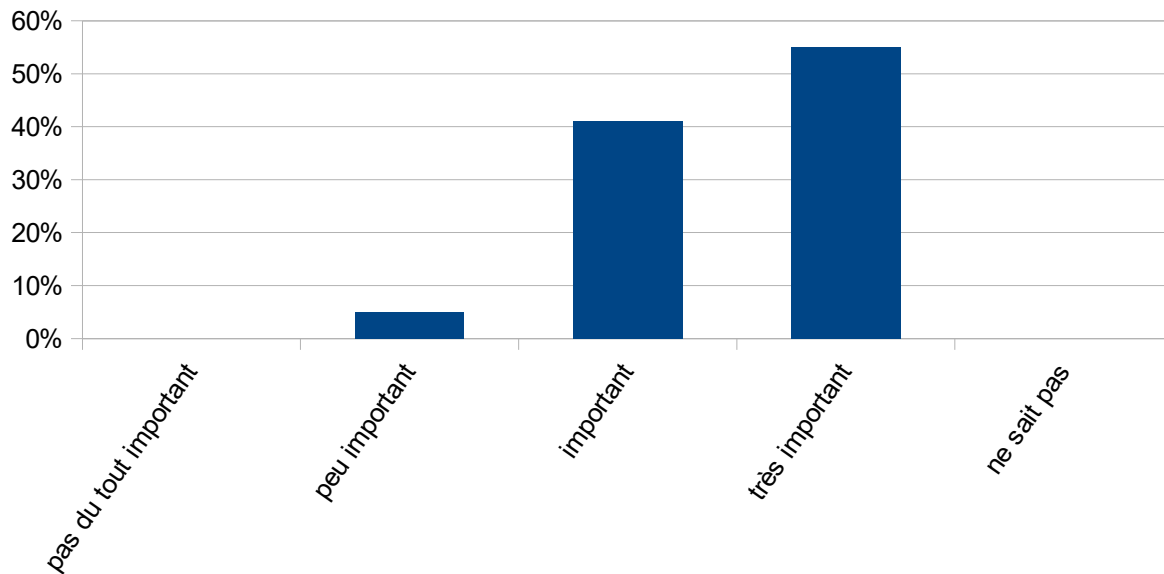
Question 6 : La pratique d'activité physique (marche, fitness...)

Figure 6 : réponses question 6



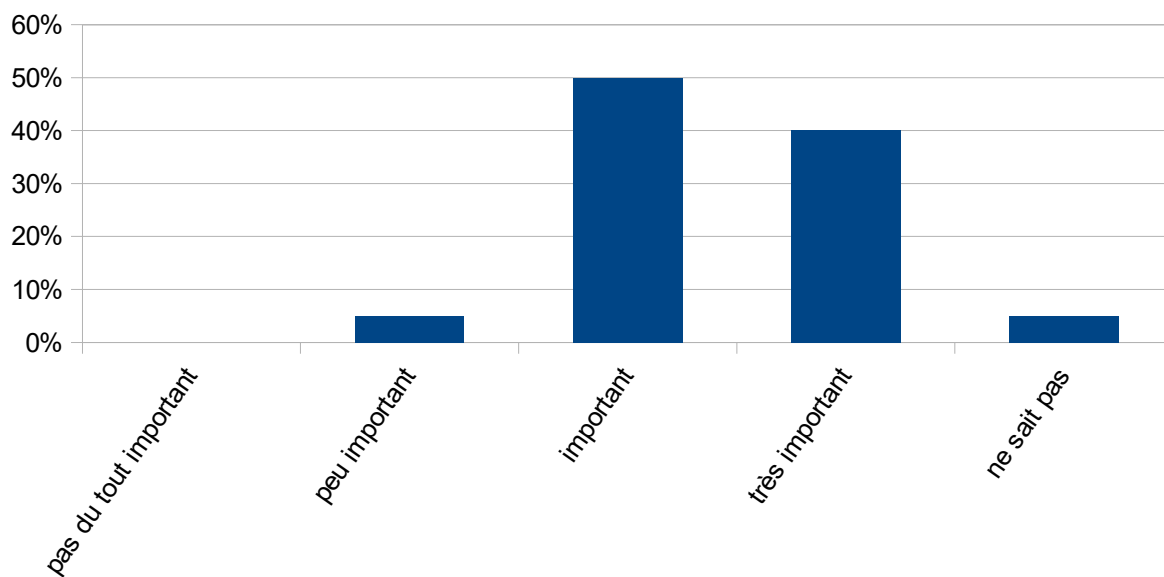
Question 7 : Les rencontres faites

Figure 7 : réponses question 7



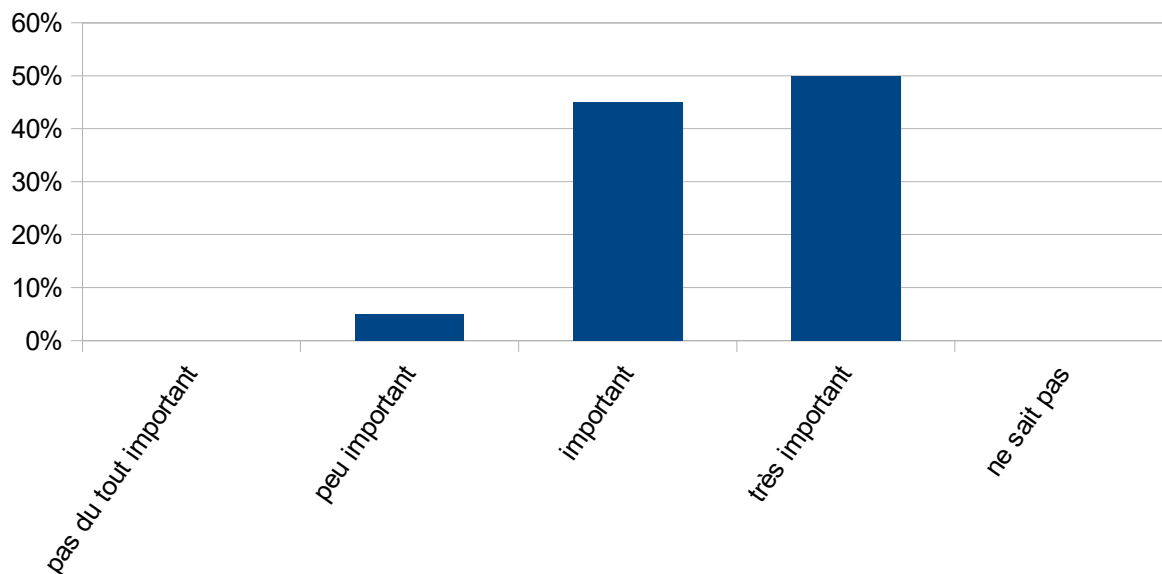
Question 8 : J'ai plus confiance en moi, je vais plus vers les autres

Figure 8 : réponses question 8



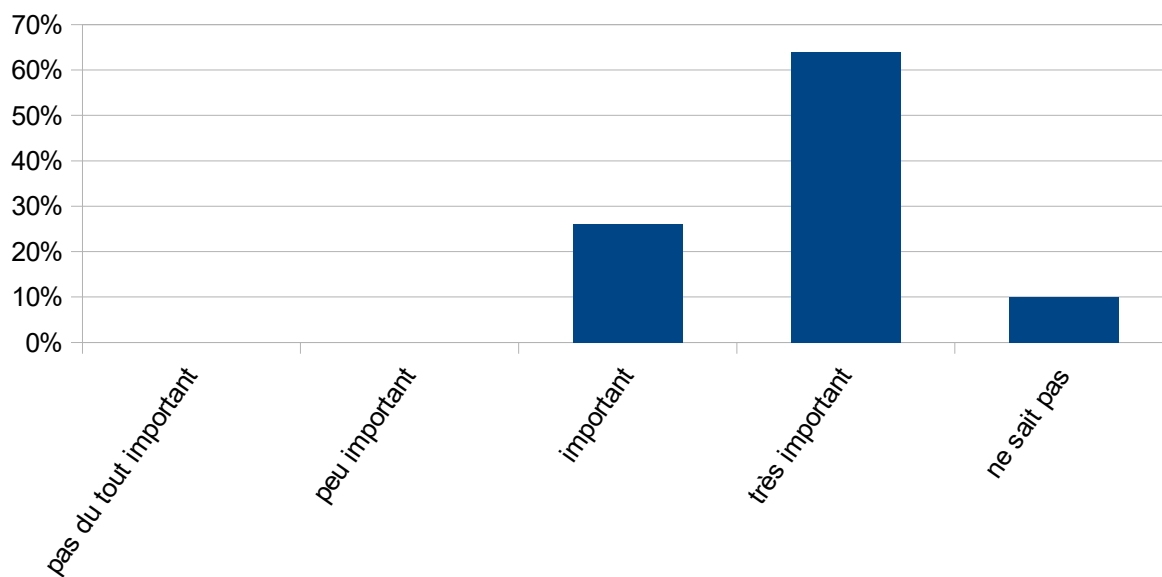
Question 9 : La seule idée que l'atelier allait arriver me faisait du bien

Figure 9 : réponses question 9



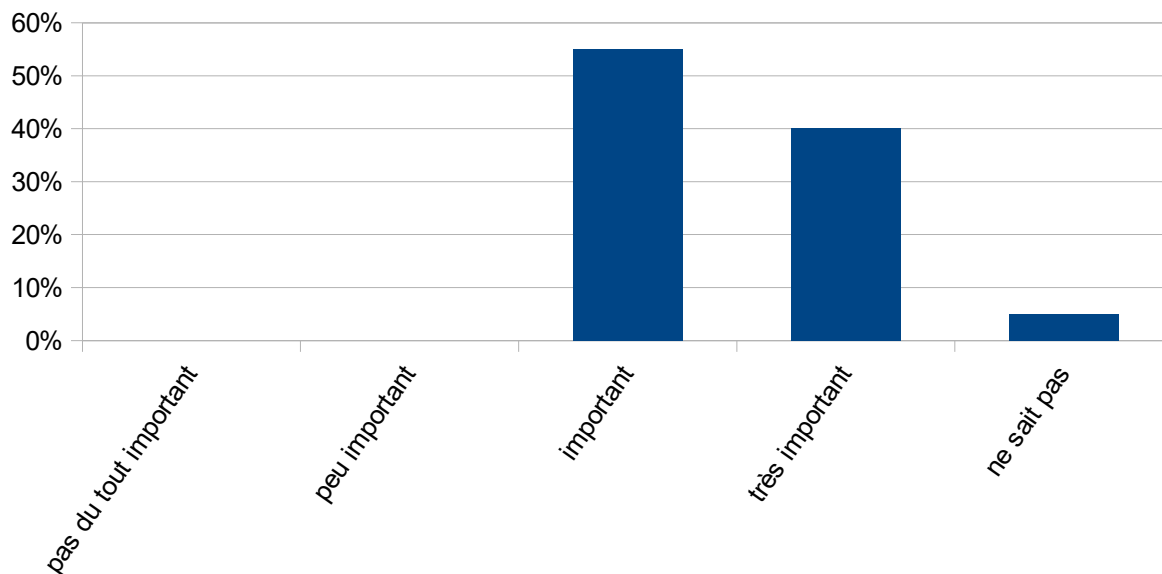
Question 10 : Refaire les recettes à la maison

Figure 10 : réponses question 10



Question 11 : Partager ce que j'ai appris

Figure 11 : réponses question 11



5) Bilan de fin d'année

Lors du bilan de fin d'année, les patients ont pu exprimer leur ressenti concernant l'atelier alimentation. Sylvie leur a demandé :

- qu'est ce qu'ils ont appris,
- quels ont été les effets sur leur santé,
- quels étaient les points forts et les points faibles de l'atelier.

a) Effets sur la santé

« Le moral va mieux. »

« Moralement ça va beaucoup mieux. »

« Je me sens moins fatiguée »

« J'ai moins de douleur, j'ai diminué mes médicaments. »

« J'ai enfin réussi à perdre du poids. »

« On est très bien grâce à cet atelier. »

« Je suis heureuse. »

« On s'y sent bien. »

« On rigole. »

b) Changement du comportement alimentaire

« J'ai arrêté le sucre et le sel. »

« J'ai arrêté le grignotage. »

« J'ai appris de nouvelles recettes que je refais à la maison. »

« Je fais plus attention à ce que j'achète. »

« J'ai appris à lire les étiquettes. »

c) Points forts

« Ça m'a donné la confiance. »

« Je m'octroie ce temps. »

« Ça m'a fait sortir de la maison. »

« J'aime l'ambiance et voir les autres. »

« On s'entend bien. »

« On y trouve des gens sympas. »

« On fait des rencontres. »

« Elles sont à l'écoute. »

d) Points faibles

« Pas assez de séances. »

« Arrêt deux mois l'été. »

« Parfois recettes compliquées, difficile de les reproduire à la maison. »

IV. Discussion

1) Interprétation des résultats

a) Population

Il n'y avait pas de critères d'inclusion définis pour l'atelier alimentation. Les inclusions se faisaient de façon intuitive. Sans que nous ayons pu étudier les motivations des médecins traitants à adresser leurs patients à cet atelier, nous avons pu observer qu'ils adressaient principalement des patients en surpoids, obèses ou ayant des pathologies liées au risque cardio-vasculaire (HTA, diabète, hypercholestérolémie) et majoritairement des femmes.

Seuls 4/22 patients (18 %) étaient étiquetés déprimés. En regardant le détail des moyennes des scores mentaux, 14/22 patients (64 %) avaient un score inférieur à 40 (incapacité mentale modérée) dont 6/22 patients (27 %) avaient un score inférieur à 30 (incapacité mentale sévère). Il est donc probable qu'une plus grande partie des patients aient eu des symptômes dépressifs. Au vu de l'amélioration du score mental suite à la participation à cet atelier, il semble que d'y adresser des patients avec symptômes anxio-dépressifs puisse être une bonne indication.

Par son rôle de sociabilisation, des « ateliers cuisine » effectués en centres sociaux et animés par des travailleurs sociaux ont été proposés à une population précaire et à des patients avec des situations médico-sociales complexes. (15) (21). Nous n'avons pas observé ces caractéristiques chez nos patients (82 % déclaraient ne pas avoir de difficultés sociales). En se basant sur les expériences d'autres ateliers, la souffrance liée à l'isolement social et aux difficultés sociales pourrait également être une bonne indication à adresser les patients à cet atelier.

b) Résultat principal

Notre étude a montré qu'il y a une amélioration statistiquement significative de la qualité de vie chez les patients ayant participé à l'atelier alimentation d'Ivry-sur-Seine. Cette amélioration était majoritairement due à l'amélioration du score mental. Il n'y avait qu'une tendance à l'amélioration sur le score physique. De même, nous avons pu mettre en évidence une tendance à l'amélioration des critères cliniques avec une perte de poids, la diminution de l'IMC et la diminution de la TA. On n'a pas pu mettre en évidence d'amélioration des données biologiques, probablement pour cause du faible nombre de données recueillies.

Lors du bilan de fin d'année, les patients parlaient spontanément de leur moral : « Le moral va mieux. », « Moralement ça va beaucoup mieux. ». La notion du bien-être était présente dans leurs réponses : « On est très bien grâce à cet atelier. », « Je suis heureuse. », « On s'y sent bien. ». Ces réponses subjectives étaient en accord avec les résultats des scores de qualité de vie. De même les patients parlaient spontanément de leur perte de poids.

Nous n'avons pas trouvé d'autres études évaluant la santé de patients ayant participé à un atelier alimentation en groupe. Par contre, un travail de thèse sur la pratique de l'activité physique dans le cadre la mise en place d'un dispositif de sport sur ordonnance a montré également une amélioration de la qualité de vie chez ces patients à 6 mois et 1 an du début de l'activité (13).

Notre étude ne permet pas de montrer les effets à long terme de cet atelier. 4 personnes ayant arrêté l'atelier depuis plus de 1 an étaient dans les répondants. Leur amélioration était comparable à celle des patients participant encore à l'atelier mais elles déclaraient « se sentir moins bien » depuis l'arrêt de l'atelier et voulaient toutes reprendre.

c) Facteurs associés à l'amélioration

Notre étude cherchait également à étudier quels étaient les facteurs associés à cette amélioration. Dans les réponses des patients à la question ouverte « Selon vous, quels éléments de l'atelier alimentation ont contribué à améliorer votre santé ? », une grande majorité de patients attribuaient l'amélioration au **changement des habitudes alimentaires**. De même, dans le bilan de fin d'année, les patients décrivaient les changements dans leur vie quotidienne « j'ai arrêté le sucre et le sel », « j'ai arrêté le grignotage », « j'ai appris à lire les étiquettes ». Ils affirmaient avoir perdu du poids, avoir moins de douleur, prendre moins de médicaments... Ces constatations subjectives ont pu être mises en évidence objectivement en observant l'amélioration des critères cliniques.

Par ailleurs une grande majorité des patients attribuaient l'amélioration à la notion de **convivialité** de l'atelier grâce notamment aux rencontres faites et à la possibilité de discuter. Dans les questions ouvertes, l'utilisation du « on » était récurrente ce qui montrait le sentiment d'appartenance à un groupe. Lors du bilan de fin d'année les patients disaient : « J'aime l'ambiance et voir les autres », « On s'entend bien », « On y trouve des gens sympas », « On fait des rencontres ».

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de gradient d'importance entre toutes nos propositions concernant les éléments de l'atelier qui nous semblaient avoir un impact sur l'amélioration de la santé. Les patients ont majoritairement répondu « important » ou « très important » à toutes nos propositions. Ils n'arrivaient pas à dissocier les éléments de l'organisation, du contenu et des choses apprises, comme si le tout était lié et que finalement l'atelier était vu comme une globalité.

On constate chez les patients ayant participé à l'atelier une amélioration de **l'estime de soi**. L'utilisation récurrente du « je » dans les réponses aux questions ouvertes nous le montre. 90 % des patients ont répondu « important » ou « très important » à la proposition « J'ai plus confiance en moi, je vais plus vers les autres ».

Paul Ricœur explique que « la souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même mentale, mais par la diminution voire la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir faire, ressentie comme une atteinte à l'intégrité de soi » (14). Yann Le Bossé traduit le concept d'empowerment par le « pouvoir d'agir ». Pour lui, le processus du « pouvoir d'agir » se réalise dans l'action et l'expérimentation et fait appel à l'activation des ressources tant personnelles que communautaires. Il vise le développement du sentiment de l'efficacité personnelle, du sens critique, des compétences et de l'estime de soi, ce vers quoi les « ateliers cuisine » tendent en valorisant les personnes, en favorisant le développement des savoirs, en créant des liens... (15)

Des études ont montré que la compréhension de soi et le renfort de son estime sont facilités par le **travail en groupe** (16). La structure groupale est prépondérante dans la trajectoire d'amélioration des patients. L'autre prend une place importante dans le fonctionnement psychique de l'individu. Le groupe s'oppose à l'individualité, au repli sur soi, à la rumination qui sont des fonctionnements psychiques récurrents et pathogènes pour la santé mentale. Le développement d'un processus groupal a comme effet, d'un point de vue thérapeutique, d'activer l'évolution individuelle (17). Dans chaque groupe se retrouvaient des patients participant depuis plusieurs années et des nouveaux patients. Les anciens endossaient spontanément le rôle de chaperon, ils se sentaient responsables des nouveaux arrivés. Ce rôle pourrait être important dans l'amélioration de l'estime de soi.

d) L'atelier alimentation : conceptualisé comme une thérapie cognitivo-comportementale de groupe

Les thérapies cognitivo-comportementales sont des thérapies limitées et structurées dans le temps et codifiées dans la forme. Il y a un travail pendant les séances et entre les séances (confrontation à la vie quotidienne). La thérapie comportementale se base sur les théories de l'apprentissage et vise à un changement du comportement. La thérapie cognitive vise à apprendre au patient à endiguer les pensées négatives (Le modèle cognitif : situation-cognition-émotion-comportement). Un point important dans ces thérapies est la notion de relation thérapeutique. Il s'agit d'une relation de type partenariat avec interaction et collaboration. (18)

Nous avons retrouvé des parallélismes entre l'atelier alimentation et le modèle de thérapies cognitivo-comportementales de groupe.

1. Le cadre

Le cadre est essentiel à la bonne mise en place de l'atelier. Pour 80 % des patients il était très important que l'atelier se déroule au sein du CMS, 100 % trouvaient qu'il était très important qu'il soit encadré par des professionnels de santé et 60 % trouvaient que le fait que ce soit leur médecin traitant à leur avoir proposé était également très important.

Les mots régime et poids sont tabous ce qui confère à l'atelier une sécurité et protège les patients d'une éventuelle répétition traumatique de mots chargés émotionnellement et pouvant engendrer une souffrance.

Cet atelier permet ainsi de fournir un cadre rassurant et sécurisé afin que s'établisse des liens entre les participants et entre les participants et les professionnels des santé qui l'animent.

2. La relation thérapeutique

Le rôle de Sylvie est primordial, il s'agit d'une présence stable et rassurante. Les patients sont très attachés à elle. Cet attachement est verbalisé au bilan de fin d'année « merci Sylvie », « tout ça c'est grâce à Sylvie ». 100 % des patients ont trouvé « très important » que Sylvie veille à leur rappeler la séance. L'**attachement** est probablement au cœur du processus d'amélioration psychique. Le contexte d'une psychothérapie est à même d'activer le système d'attachement, dans la mesure où il place le sujet en situation de vulnérabilité face à un professionnel censé l'aider et représentant « une figure plus sage et plus forte » (Bowlby, 1977). (19)

Sylvie et la diététicienne sont les animatrices de l'atelier et jouent un rôle pivot dans la **sociabilisation** des individus comme démontré dans le travail de Lepeltier. (15) Les patients affirment aller plus vers les autres et 90 % trouvaient qu'il s'agissait d'un élément « important » ou « très important » dans l'amélioration de leur santé.

Dans l'éducation à la santé de manière générale, les approches favorisant la participation des patients sont essentielles ; ainsi la communication soignant-soigné n'est plus unidirectionnelle mais il s'agit d'une démarche éducative en vue d'un choix partagé par le patient et le soignant où le patient devient acteur de ses soins. La plus grande participation du patient à ses soins améliore sa satisfaction, diminue son anxiété et améliore sa santé (20). Au cours de l'atelier alimentation le patient n'est pas seulement élève ou spectateur, il fait partie intégrante de l'organisation de l'atelier. Il participe aux décisions importantes que sont le choix du thème abordé lors du point pédagogique avec la diététicienne, le choix de la recette...

C'est en installant ce cadre de confiance et cette réciprocité dans la relation soignant-soigné qu'elle devient thérapeutique. Elle est essentielle pour le bon déroulement de l'atelier. Nous pouvons penser que sans cette relation, l'atelier aurait moins d'impact sur la santé du patient.

3. Le travail pendant l'atelier et entre les séances

L'atelier est structuré dans le temps et la forme. Les mêmes patients se retrouvent d'une séance à l'autre, cette constance permet que les liens se créent entre les participants.

Le « travail » durant l'atelier est donc composite :

- **l'apprentissage** des règles hygiéno-diététiques avec :
 - les cours autour de l'alimentation/la nutrition.
 - l'apprentissage par la pratique en cuisinant sur place et en allant faire les courses avec Sylvie.
 - la pratique d'activité physique adaptée.
- la **sociabilisation** : en réapprenant à former des liens avec les autres participants dans de bonnes conditions (cadre), ce qui amène à la lutte contre l'isolement.
- **l'interdépendance et apprendre à appartenir à un groupe** : à travers notamment à la répartition des tâches (faire les courses et cuisiner pour les autres).

Le but étant d'expérimenter les compétences acquises dans la vie quotidienne sociale et personnelle, chose que le patient peut être amené à faire entre les séances.

L'amélioration de leur score de qualité de vie et surtout l'amélioration des critères cliniques nous démontre que les patients ont changé leurs habitudes. Eux-mêmes déclarent : « J'ai arrêté le sucre et le sel » ; « J'ai arrêté le grignotage » ; « J'ai appris de nouvelles recettes que je refais à la maison » ; « Je fais plus attention à ce que j'achète » ; « J'ai appris à lire les étiquettes. ».

Les patients en reprenant confiance en eux, vont plus vers les autres et ont un désir de partager leur connaissances. Pour 95 % des patients le fait de partager leurs connaissances était un élément « important » ou « très important » dans l'amélioration de leur santé.

L'existence de cet atelier est un **repère chronologique** qui permet la certitude du recommencement d'une expérience agréable. Cette attente est un élément de présence psychique

positive qui les soutient entre les séances. 95 % des patients trouvaient notre proposition «La seule idée que l'atelier allait arriver me faisait du bien » « importante » à « très importante ».

Ainsi le processus intrapsychique de remémoration est positif et contre les ruminations anxio-dépressives pesantes.

e) Dépendance

L'atelier alimentation n'avait pas de durée limitée dans le temps, mais au vu de l'augmentation du nombre de patients adressés, les organisateurs pensent devoir limiter l'atelier. Les seuls points négatifs qui sont ressortis lors du bilan de fin d'année étaient l'arrêt de deux mois pendant l'été et le faible nombre de séances (1 toutes les trois semaines). Les patients souhaiteraient avoir un atelier par semaine et sans arrêt pendant les périodes de vacances scolaires ce qui est difficilement organisable.

Ceci nous fait réfléchir sur la notion de dépendance à l'atelier. L'atelier est finalement une thérapie à part entière et entraîne une certaine dépendance comme d'autres thérapies notamment médicamenteuses.

La question « Comment préparer les patients à une « fin » de l'atelier ? » se pose.

2) Forces et faiblesses de l'étude

a) Forces de l'étude

1. Tentative d'évaluation d'une thérapie non médicamenteuses

Les thérapeutiques non médicamenteuses sont une aide précieuse et essentielle dans la prise en charge des patients. Peu d'études ont été menées sur les bienfaits de ces thérapeutiques et notamment la littérature est extrêmement pauvre sur l'étude de l'amélioration des patients participant aux ateliers alimentation. La HAS incite à mener des études dans ce sens (2) .

2. La méthode

Plusieurs études qualitatives ont été menées autour du sujet des « ateliers alimentation » ou autres dispositifs non médicamenteux mis en place. (15) (20) (21)

Nous n'avons trouvé aucune étude quantitative évaluant l'amélioration de la santé chez des patients ayant participé à un atelier alimentation.

Plusieurs points de notre méthode ont pu contribuer à augmenter la puissance de notre étude :

- L'utilisation du questionnaire SF-12, qui est un questionnaire standardisé et validé à l'international pour l'évaluation de la qualité de vie ;
- L'exclusion des patients ayant participé à moins de 5 ateliers par an, en effet d'autres études n'avaient pas montré de changement dans les habitudes alimentaires avec 4 séances par an.

(20)

3. Essai de conceptualiser un atelier

Par ailleurs un autre point fort de notre étude a été d'essayer de conceptualiser un modèle d'atelier qui pourrait être reproductible, le but étant d'inciter d'autres centres à mettre en place cet atelier qui a montré son efficacité sur l'amélioration de la santé globale des patients.

Comme sur le modèle les thérapies cognitivo-comportementales, nous proposons de mettre en place un atelier qui soit structuré et standardisé avec :

- Un **lieu** unique et adapté.
- Des **intervenants** professionnels avec des compétences en nutrition, en relationnel et dans le social.
- Un programme précis avec des **séances structurées**. L'atelier doit être interactif, les patients doivent participer aux choix des thèmes et faire de la pratique (cuisiner, faire les courses...)
- Une **durée limitée** et une **périodicité** adaptée (au moins une séance toutes les 3 semaines).
La notion de durée limitée doit être précisée au patient dès le début.
- Manger ensemble.
- Une évaluation de l'atelier au moins une fois par an.

Au vu de ces résultats positifs sur les bienfaits en santé mentale et sur les pathologies somatiques, ces propositions nous semblent être de bonnes indications à adresser un patient à cet atelier :

- le surpoids et l'obésité
- le diabète
- l'hypertension artérielle
- l'hypercholestérolémie
- les symptômes anxio-dépressif
- la souffrance liée à un isolement social ou à des difficultés socio-économiques

b) Limites de l'étude

1. Biais de sélection

Un grand nombre de patients n'ont pas répondu à notre sollicitation. 2 ont refusé et 24 n'ont pas répondu aux appels téléphoniques. Leur âge moyen était comparable à celui de notre population

et il s'agissait surtout de femmes. La plupart n'était pas suivie dans le centre de santé, nous n'avons donc pas pu récupérer les données socio-démographiques, ni les antécédents médicaux afin de les comparer avec notre population.

2. Biais de mesure

1. Biais de mémoire

S'agissant d'une étude rétrospective, ce biais est inévitable. Les patients ont du se souvenir comment il se sentaient avant le début de la participation à l'atelier alimentation, qui était pour certains il y a 4 ans. Au vu du faible nombre de patients ayant répondu, nous n'avons pas voulu exclure les patients ayant débuté il y a plus de trois ans. (4 patients)

Pour ce qui est des données clinico-biologiques, ce biais n'existe pas car le recueil a été fait dans les dossiers médicaux informatisés.

2. Biais de désirabilité

J'ai du aider 7 patients à compiler leur questionnaire du fait de difficultés à lire et écrire. Aucun n'avait de problème de compréhension. Ma seule présence a pu induire une réponse positive. Les patients étant attachés à leur atelier et sachant que j'évaluais les effets de l'atelier sur leur santé, ils ont pu exagérer leur réponses afin de faire apparaître une amélioration. J'ai essayé de minimiser ce biais en leur répétant plusieurs fois de répondre « de la façon la plus sincère possible ».

3. Facteurs de confusion

Parmi les patients inclus, certains participaient à d'autres ateliers (comme l'atelier Yogi). Nous ne savons pas si certains suivaient un traitement médicamenteux ou une psychothérapie. Ces éléments pourraient constituer des facteurs de confusion.

3) Perspectives de santé publique et implications en médecine générale

Les retombées de notre étude sont importantes car nous avons pu, pour la première fois, démontrer objectivement l'amélioration de la qualité de vie et des données cliniques de patients ayant participé à un atelier alimentation. Grâce à cette amélioration les patients consomment moins de médicaments, consultent moins leur médecin et font réaliser ainsi des économies à la sécurité sociale. Ce type d'atelier peut donc être promu au sein d'autres centres de santé ou maisons de santé. Une application en médecine libérale pourrait également s'imaginer en créant des partenariats entre :

- médecin généraliste et diététicienne
- médecin généraliste et infirmière
- médecin généraliste, infirmière et diététicienne

Les freins à cette mise en place sont :

- le problème logistique du lieu,
- le financement.

A Ivry-sur-Seine le financement est double : 50 % la ville (sur le budget de santé publique) , 50% l'ARS.

L'atelier peut être considéré comme un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) . Il existe plusieurs financements possibles à la mise en place de programmes d'ETP. (21)

Financements publics :

- L'ARS avec les appels à projet (AAP) et le fond d'intervention régional ;
- La CPAM avec le Fond National de Prévention et d'Éducation en Information Sanitaire.

Financements privés :

- L'industrie pharmaceutique ;
- Les fondations d'entreprise

V. Conclusion

Les thérapeutiques non médicamenteuses sont une aide dans la prise en charge globale des patients en médecine générale, a fortiori quand la voie traditionnelle médicamenteuse ne semble pas suffisante ou qu'elle est refusée. Le service de santé publique du CMS d'Ivry-sur-Seine a mis en place plusieurs ateliers collectifs constituant une proposition de thérapeutique non médicamenteuse venant s'ajouter aux propositions pouvant être faites par le médecin traitant dans la prise en charge globale parfois complexe de ses patients.

Cette étude a permis de démontrer qu'il y a une amélioration de la qualité de vie chez les patients ayant participé à l'atelier alimentation du centre de santé d'Ivry-sur-Seine. L'amélioration se portait en particulier sur la santé mentale. Les retombées sur la santé physique ont pu être démontrées avec une tendance à l'amélioration des critères cliniques et des scores physiques de qualité de vie.

Les facteurs associés à cette amélioration étaient liés principalement à la structure de l'atelier (le cadre, la structure groupale, la relation thérapeutique) et à l'apprentissage au sein de l'atelier des règles hygiéno-diététiques (activité physique, alimentation), de la sociabilisation et de l'interdépendance. Le groupe prenait une valeur essentielle, permettait d'aboutir à des expériences positives et entraînait des processus de collaboration et d'échange qui tranchaient avec l'isolement, les ruminations et la focalisation sur soi.

Nous avons ainsi pu, à partir de ce dispositif expérimental ayant démontré son efficacité, conceptualiser un type d'atelier alimentation reproductible.

Nous n'avons pas pu étudier la pérennité de cette amélioration dans le temps après l'arrêt de l'atelier. La notion de la dépendance donne lieu à une réflexion sur la préparation à la fin de l'atelier et sur comment accompagner les patients après. Le rôle du médecin traitant pourrait être essentiel dans cet accompagnement.

Afin de confirmer nos hypothèses, il faudrait mettre en place un atelier alimentation avec les caractéristiques proposées et effectuer des études prospectives évaluant son efficacité. Par ailleurs des études visant à étudier « l'après » atelier et le rôle du médecin dans l'accompagnement du patient pourraient nous aider à répondre à nos questionnements.

Bibliographie

1. Fainzang S. Les réticences vis-à-vis des médicaments, Abstract. Rev Fr Aff Soc. 2007; (3) : 193-209.
2. developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport. pdf [Internet]. [cité 24 juin 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
3. Plateforme Ceps : Notre organisation [Internet]. [cité 3 oct 2018]. Disponible sur : <https://plateformeceps.www.univ-montp3.fr/fr/page-1>
4. RapportIGASIGJSAPSMArs2018. pdf [Internet]. [cité 27 juin 2018]. Disponible sur : <http://www.sports.gouv.fr/autres/RapportIGASIGJSAPSMArs2018.pdf>
5. doi : 10. 1016/j. lpm. 2008. 08. 015 - activité-physique-sur-anxiété-et-dépression. pdf [Internet]. [cité 9 avr 2017]. Disponible sur : <http://spers.ca/wp-content/uploads/2013/08/activit%C3%A9-physique-sur-anxi%C3%A9t%C3%A9-et-d%C3%A9pression.pdf>
6. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée | Legifrance [Internet]. [cité 3 oct 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/30/2016-1990/jo/texte>
7. PNNS_2011-2015. pdf [Internet]. [cité 1 juill 2018]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
8. Tennesel M. Thérapies cognitivo-comportementales et médecine de ville : apports des concepts et techniques T. C. C. pour le médecin généraliste. : 319.
9. Repère-Métier-Art-thérapie. pdf [Internet]. [cité 1 juill 2018]. Disponible sur : <http://art-therapie-tours.net/wp-content/uploads/2016/11/Rep%C3%A8re-M%C3%A9tier-Art-th%C3%A9rapie.pdf>
10. Ninot G, Boulze-Launay I, Bourrel G, Gérazime A, Guerdoux-Ninot E, Lognos B, et al. De la définition des interventions non médicamenteuses à leur ontologie. HEGEL - HEPato-GastroEntérologie Libérale [Internet]. 2018 [cité 3 oct 2018]; (1) . Disponible sur : <http://hdl.handle.net/2042/65114>
11. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) . I. Conceptual framework and item selection. Med Care. juin 1992;30 (6) : 473-83.
12. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries : results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol. nov 1998;51 (11) : 1171-8.
13. Ly L. POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE. : 190.

14. Paul RICŒUR, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, coll. Points, 1990, p. 223
15. Lepeltier C. L'empowerment dans les « ateliers cuisine » : entre enjeux et pratique, *Empowerment in « cooking workshops » : social work practices*. *Vie Soc.* 2011; (3) : 51-63.
16. de la Tribonnière X, Deccache A. Compte rendu du IV^e congrès international de la Société Européenne d'Éducation Thérapeutique (SETE), mai 2012. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ.* 1 déc 2012;4 : S501-7.
17. Quelin D, Privat P. Penser le groupe. *Enfances Psy.* 2002;no19 (3) : 8-21.
18. Netgen. La thérapie cognitivo-comportementale pratiquée par le médecin de premier recours : un point de vue de psychiatre [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 5 oct 2018]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2476/23679>
19. Nicole et Antoine Guedeney, « Concepts et applications » [Internet]. [cité 12 oct 2018]. Disponible sur : http://www.psynem.org/Pedopsychiatrie_psychanalyse/Clinique_et_concepts/Attachement/Nicole_et_Antoine_Guedeney_%C2%AB_Concepts_et_applicati
20. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique.* 2007;19 (5) : 413.
21. Guy B, Martin É. L'atelier cuisine, un support dans la prise en charge en médecine générale des patients en situation médico-sociale complexe en quartier populaire? Étude qualitative réalisée entre décembre 2014 et juillet 2015. : 399.
22. Grand et Leurent - Vécu et représentation des thérapeutiques non médi. pdf [Internet]. [cité 24 juin 2018]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01310254/document>
23. 81dc7ce4-0423-4841-9591-6535ec4d6c45. pdf [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur : <https://services.telesantebretagne.org/lrportal/documents/692042/0/Programme+ETP+Le+financement+Fiche+3/81dc7ce4-0423-4841-9591-6535ec4d6c45>

ANNEXE 1 : questionnaire patients

Titre de la thèse : Étude de l'amélioration de la qualité de vie chez des patients ayant participé à l'atelier alimentation du CMS d'Ivry sur Seine

Je m'appelle Martina Bisio, étudiante en dernière année de médecine générale et souhaiterait étudier les effets de la participation à l'atelier alimentation.

Merci de répondre le plus sincèrement possible aux questions qui suivent.

Si vous n'avez pas la réponse à certaines questions, laissez en blanc.

Cela vous prendra 10-15minutes.

Grâce à vos réponses on pourra montrer les effets de cet atelier et le proposer à d'autres patients dans d'autres endroits.

Les résultats seront présentés de façon anonyme.

M'autorisez-vous à demander les données manquantes à votre médecin traitant en tant que consœur et dans le cadre du respect du secret médical? Oui / Non

Nom : Prénom :

Sexe :  / 

Date de naissance :/...../..... Age :

Numéro de téléphone : I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I

Adresse :
.....

Médecin traitant :

1) Atelier alimentation

- année de début : 2014 / 2015 / 2016 / 2017

- année de fin : 2014 / 2015 / 2016 / 2017 /2018

- participation : en moyenne à combien de séances par an :

moins de 5/an

5/an

plus de 5/an

2) Évaluation de la qualité de vie

Souvenez-vous, il y a quelques mois/années, AVANT votre premier atelier alimentation. Essayez de répondre aux questions le plus sincèrement possible.

Votre Santé et votre Bien-Être

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. *Merci de répondre à ce questionnaire !*

Pour chacune des questions suivantes, cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

| Excellente | Très bonne | Bonne | Médiocre | Mauvaise |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité (e) en raison de votre état de santé actuel.

| | Oui, beaucoup limité (e) | Oui, un peu limité (e) | Non, pas du tout limité (e) |
|--|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| | ▼ | ▼ | ▼ |
| a <u>Efforts physiques modérés</u> tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| b Monter <u>plusieurs</u> étages par l'escalier..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,

| | | | | |
|-----------------------|-----------------|------------------|---------------|--------|
| En perma- nence | Très souvent | Quelque- fois | Rare- ment | Jamais |
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |

a avez-vous accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité ?..... 1.....2.....3.....4.....5

b avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?..... 1.....2.....3.....4.....5

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux (se) ou déprimé (e)),

| | | | | |
|-----------------------|-----------------|------------------|---------------|--------|
| En perma- nence | Très souvent | Quelque- fois | Rare- ment | Jamais |
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |

a avez-vous accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité ?..... 1.....2.....3.....4.....5

b avez-vous fait ce que vous aviez à faire avec moins de soin et d'attention que d'habitude ?..... 1.....2.....3.....4.....5

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité (e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Pas du tout | Un petit peu | Moyennement | Beaucoup | Énormément |
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

SF-12v2[®] Health Survey © 1993, 2003, 2012 Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
 SF-12[®] is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
 (SF-12v2[®] Health Survey Standard, France (French))

6. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti (e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

| | En permanence | Très souvent | Quelquefois | Rarement | Jamais |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| a vous vous êtes senti (e) calme et détendu (e) ?..... | ▼ <input type="checkbox"/> 1 | ▼ <input type="checkbox"/> 2 | ▼ <input type="checkbox"/> 3 | ▼ <input type="checkbox"/> 4 | ▼ <input type="checkbox"/> 5 |
| b vous vous êtes senti (e) débordant (e) d'énergie ?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c vous vous êtes senti (e) triste et déprimé (e) ? | <input type="checkbox"/> 1 | 1... <input type="checkbox"/> 2 | 2... <input type="checkbox"/> 3 | 3... <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné (e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

| En permanence | Très souvent | Quelquefois | Rarement | Jamais |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| ▼ <input type="checkbox"/> 1 | ▼ <input type="checkbox"/> 2 | ▼ <input type="checkbox"/> 3 | ▼ <input type="checkbox"/> 4 | ▼ <input type="checkbox"/> 5 |

MERCI D'AVOIR RÉPONDU À CES QUESTIONS.

SF-12v2® Health Survey © 1993, 2003, 2012 Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
SF-12® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
(SF-12v2® Health Survey Standard, France (French))

Maintenant, répondez au même questionnaire mais en vous plaçant dans le présent. Toujours le plus sincèrement possible.

Votre Santé et votre Bien-Être

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. *Merci de répondre à ce questionnaire !*

Pour chacune des questions suivantes, cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Excellente | Très bonne | Bonne | Médiocre | Mauvaise |
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité (e) en raison de votre état de santé actuel.

| | | | |
|--|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| | Oui, beaucoup limité (e) | Oui, un peu limité (e) | Non, pas du tout limité (e) |
| | ▼ | ▼ | ▼ |
| a <u>Efforts physiques modérés</u> tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| b Monter <u>plusieurs</u> étages par l'escalier..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,

| | | | | |
|-----------------------|-----------------|------------------|---------------|--------|
| En perma- nence | Très souvent | Quelque- fois | Rare- ment | Jamais |
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |

a avez-vous accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité ?..... 1.....2.....3.....4.....5

b avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?..... 1.....2.....3.....4.....5

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux (se) ou déprimé (e)),

| | | | | |
|-----------------------|-----------------|------------------|---------------|--------|
| En perma- nence | Très souvent | Quelque- fois | Rare- ment | Jamais |
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |

a avez-vous accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité ?..... 1.....2.....3.....4.....5

b avez-vous fait ce que vous aviez à faire avec moins de soin et d'attention que d'habitude ?..... 1.....2.....3.....4.....5

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité (e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Pas du tout | Un petit peu | Moyennement | Beaucoup | Énormément |
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

SF-12v2[®] Health Survey © 1993, 2003, 2012 Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
 SF-12[®] is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
 (SF-12v2[®] Health Survey Standard, France (French))

6. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti (e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

| | En permanence | Très souvent | Quelquefois | Rarement | Jamais |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| a vous vous êtes senti (e) calme et détendu (e) ?..... | ▼ <input type="checkbox"/> 1 | ▼ <input type="checkbox"/> 2 | ▼ <input type="checkbox"/> 3 | ▼ <input type="checkbox"/> 4 | ▼ <input type="checkbox"/> 5 |
| b vous vous êtes senti (e) débordant (e) d'énergie ?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c vous vous êtes senti (e) triste et déprimé (e) ?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné (e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

| En permanence | Très souvent | Quelquefois | Rarement | Jamais |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| ▼ <input type="checkbox"/> 1 | ▼ <input type="checkbox"/> 2 | ▼ <input type="checkbox"/> 3 | ▼ <input type="checkbox"/> 4 | ▼ <input type="checkbox"/> 5 |

MERCI D'AVOIR RÉPONDU À CES QUESTIONS.

3) Étude des facteurs associés à l'amélioration

a. Selon vous, quels éléments de l'atelier alimentation ont contribué à améliorer votre santé ?

b. Nous cherchons les éléments de l'atelier alimentation qui ont été importants dans l'amélioration de votre santé. A votre avis, à quel point ont été importants ces éléments :

1. L'atelier se déroule au sein du CMS

- pas du tout important
- peu important
- important
- très important
- ne sait pas

2. Il est encadré par des professionnels de santé

- pas du tout important
- peu important
- important
- très important
- ne sait pas

3. C'est mon médecin traitant à me l'avoir proposé

- pas du tout important
- peu important
- important
- très important
- ne sait pas

4. Sylvie veille à me rappeler la séance

- pas du tout important
- peu important
- important
- très important
- ne sait pas

5. Les cours pédagogiques autour de l'alimentation

- pas du tout important
- peu important
- important
- très important
- ne sait pas

6. La pratique d'activité physique (marche, fitness...)

- pas du tout important
- peu important
- important
- très important
- ne sait pas

7. Les rencontres faites

- pas du tout important
- peu important
- important
- très important
- ne sait pas

8. J'ai plus confiance en moi, je vais plus vers les autres

- pas du tout important
- peu important
- important
- très important
- ne sait pas

9. La seule idée que l'atelier allait arriver me faisait du bien

- pas du tout important
- peu important
- important
- très important
- ne sait pas

10. Refaire les recettes à la maison

- pas du tout important
- peu important
- important
- très important
- ne sait pas

11. Partager ce que j'ai appris

- pas du tout important
- peu important
- important
- très important
- ne sait pas

4) Données médicales

Antécédents médicaux/ problèmes de santé :

Taille :

Poids : (vous n'êtes pas obligés de répondre)

- avant participation à l'atelier :

- actuel :

Taux de LDL-cholestérol :

- avant participation à l'atelier :

- actuel :

Taux d'HbA1C :

- avant participation à l'atelier :

- actuel :

Tension artérielle :

- avant participation à l'atelier :

- actuelle :

5) Données socio-démographiques

Situation familiale : célibataire / en couple / marié (e) / divorcé (e) / veuf (ve)

Nombre d'enfants :

Activité professionnelle :

Niveau d'étude :

École primaire

Collège

Lycée

Apprentissage

Études supérieures

Formation :

Difficultés sociales (logement, finances, prise en charge médicale, papiers..)
: O / N

si oui lequel :

Commentaires libres :

Merci beaucoup pour votre participation!

RÉSUMÉ

Introduction : Le médecin généraliste se voit souvent contraint de prendre en charge seul des patients à situations complexes pour lesquels les thérapeutiques médicamenteuses ne semblent pas toujours suffisantes. Les thérapeutiques non médicamenteuses sont nombreuses et ont fait leur preuve dans d'autres spécialités. La HAS incite à mener des études d'évaluation de ces thérapeutiques.

Objectif : L'objectif principal de cette étude était d'étudier l'amélioration de la qualité de vie chez les patients ayant participé à l'atelier alimentation du centre de santé d'Ivry-sur-Seine depuis 2014. Nous avons également recherché quels étaient les facteurs associés à cette amélioration.

Matériels et méthodes : Étude évaluative, observationnelle, comparant les données avant/après, monocentrique, rétrospective. De mars à juillet 2018 nous avons soumis des questionnaires aux patients ayant participé à l'atelier alimentation depuis 2014. Nous avons comparé leur score de qualité de vie obtenu par le questionnaire SF-12 et leurs données clinico-biologiques.

Résultats : Chez les 22 patients ayant répondu au questionnaire, il y avait une amélioration statistiquement significative de leur score de qualité de vie ($77,5 \pm 11,1$ VS $88,5 \pm 10,5$ p 0,002), en particulier sur le score de qualité de vie mentale. Il y avait également une tendance à l'amélioration des données cliniques ($p < 0,2$). Les facteurs associés à cette amélioration sont multiples. Ils sont liés à la structure de l'atelier (le cadre, la relation thérapeutique, la structure groupale, le contenu...), à l'apprentissage de plusieurs éléments au sein de l'atelier (règles hygiéno-diététiques, sociabilisation, interdépendance...) et à l'application de ces compétences dans la vie quotidienne.

Discussion : Ces résultats positifs nous ont permis de conceptualiser un « atelier alimentation type » qui pourrait être proposé pour la prise en charge de patients avec facteurs de risque cardio-vasculaire, des patients fragiles psychologiquement et des patients souffrant d'isolement ou de difficultés sociales. Les bien faits à long terme n'ont pas été étudiés. La dépendance à cet atelier donne lieu à une réflexion sur la préparation à une « fin » de l'atelier et de la vie après l'atelier. Le médecin traitant pourrait avoir un rôle important dans cet accompagnement.

MOTS CLÉS

médecine générale, thérapies non médicamenteuses, nutrition