



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

« Changer pour mieux être » : Evaluation du programme, des attentes et des besoins des médecins généralistes dans le parcours de soins du patient obèse en ambulatoire.

Présentée et soutenue publiquement le 3 décembre 2015 à 18H00 au
Pôle Recherche

Par Camille HUMBERTCLAUDE

JURY

Présidente :

Madame le Professeur ROMON Monique

Assesseurs :

Monsieur le Professeur DUHAMEL Alain

Monsieur le Professeur LEFEBVRE Jean-Marc

Madame le Docteur LEMAIRE Christine

Monsieur le Docteur DELEPLANQUE Denis

Directeur de Thèse :

Madame le Professeur ROMON Monique

Avertissement

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

Abréviations :

ARS : Agence Régionale de Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DMP : Dossier Médical Partagé

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé et Territoire

IMC : Indice de Masse Corporelle

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PPS : Plan Personnalisé de Santé

OMS : Organisme Mondial de la Santé

REST'O : Regroupement pour l'Education, le Suivi et le Traitement de l'Obésité

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

WONCA : World Organization of National College Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Table des matières :

Résumé	1
1 Introduction	2
1.1 L'obésité : un enjeu de Santé Publique	2
1.1.1 Préambule.....	2
1.1.2 Epidémiologie	2
1.1.2.1 Epidémiologie mondiale	2
1.1.2.2 Epidémiologie européenne	2
1.1.2.3 Epidémiologie nationale	3
1.1.2.4 Epidémiologie régionale	4
1.1.3 Données sociologiques	5
1.1.4 Coût de l'obésité	5
1.1.5 Implications gouvernementales	6
1.2 Education thérapeutique du patient : définition, objectifs et mise en pratique	7
1.2.1 Définition	7
1.2.2 Cadre légal de l'ETP	8
1.2.3 Compétences psycho-sociales	8
1.2.4 L'ETP : une démarche structurée	10
1.2.5 L'entretien motivationnel	10
1.3 Présentation de l'association étudiée : Rest'O	11
1.3.1 Création de Rest'O	11
1.3.2 Les objectifs de « Changer pour mieux être »	12
1.3.3 Les intervenants et secteurs d'action de Rest'O	12
1.3.4 Financement de l'association Rest'O	13
1.3.5 Cadre juridique	14
1.3.6 Les critères d'adhésion à Rest'O.....	14
1.3.7 L'intervention du médecin généraliste	15

1.3.8 Le programme de Rest'O	15
1.4 Objectifs de l'étude	17
2 Matériels et méthodes	19
2.1 Matériels	19
2.2 Méthodes	20
2.2.1 Choix de l'étude	20
2.2.2 Réalisation du questionnaire	21
2.2.3 Choix de la population	21
2.2.4 Analyse des données	22
3 Résultats	23
3.1 Caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes	23
3.2 Evaluation des actions de Rest'O par les médecins généralistes	24
3.3 Les rôles des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité	27
3.3.1 Résultats du premier questionnaire	27
3.3.2 Résultats du second questionnaire	29
3.4 Les attentes vis-à-vis de l'association Rest'O	30
3.4.1 Résultats du premier questionnaire	30
3.4.2 Résultats du second questionnaire	33
3.5 Les besoins de formations et d'informations	34
3.5.1 Résultats du premier questionnaire	34
3.5.2 Résultats du second questionnaire	36
3.6 Les outils informatiques	37
3.6.1 Résultats du premier questionnaire	37
3.6.2 Résultats du second questionnaire	38
3.7 Fiches de conseils diététiques à distribuer aux patients	39
4 Discussion	40
4.1 Limites et biais de l'étude	40

4.2 Représentativité de la population étudiée.....	41
4.3 L'éducation thérapeutique en médecine générale	42
4.3.1 Les freins à l'ETP	42
4.3.2 Les atouts de Rest'O	43
4.3.3 Efficacité de l'éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité dans la littérature	44
4.4 Rôles, besoins et attentes des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité	46
4.4.1 Les rôles des praticiens en soins primaires	46
4.4.2 Les attentes des médecins vis-à-vis de Rest'O	48
4.4.3 Les besoins des praticiens de soins primaires.....	49
4.4.3.1 Les formations théoriques et pratiques	49
4.4.3.2 Les ressources extérieures	51
4.4.3.3 L'outil informatique.....	51
4.4.3.4 Les supports d'informations écrites	54
4.5 Les limites de Rest'O et les perspectives d'amélioration	55
5 Conclusion	58
6 Bibliographie.....	59
7 Annexes.....	66
Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes dans le cadre de l'étude	66
Annexe 2 : Second questionnaire envoyé aux médecins généralistes	71
Annexe 3 : Propositions et commentaires faits par les médecins généralistes concernant leurs besoins dans leur lutte contre l'obésité	73

Résumé

Introduction : Rest'O est une association à but non lucratif créée en 1999, proposant un programme d'ETP « Changer pour mieux-être » de 12 semaines, aux patients obèses défavorisés de la région Lilloise. Notre objectif est d'évaluer le ressenti des médecins généralistes quant au travail de Rest'O, puis leurs rôles, attentes et besoins dans la lutte contre l'obésité en soins primaires.

Méthode : Une étude quantitative descriptive a été réalisée de février à juin 2015 auprès des médecins de Lille et de sa grande périphérie, ayant un ou plusieurs patients pris en charge par Rest'O de janvier 2010 à juin 2014. Deux questionnaires ont été envoyés, le second servant à faire préciser aux médecins un ordre de priorité dans les réponses du premier questionnaire.

Résultats : 104 médecins (33.0%) ont répondu au premier questionnaire et 84 praticiens parmi les répondants du premier questionnaire ont renvoyé le second document. 37.5% des médecins se disent très satisfaits de la prise en charge et 69.2% des généralistes pensent à adresser à nouveau des patients à l'association ; 49.4% des médecins estiment que leur principal rôle est de motiver le patient au changement, ce qu'ils attendent également de Rest'O. 53.0% des médecins interrogés souhaitent davantage d'informations sur les structures locales. Concernant l'outil informatique, leurs principaux besoins restent les logiciels de conseils pour l'équilibre alimentaire et l'utilisation de plateformes multimodales.

Conclusion : les praticiens reconnaissent l'utilité du travail de Rest'O mais de nombreux freins persistent pour une efficacité optimale, notamment une meilleure connaissance de cette structure. La création d'une plateforme multimodale permettrait une meilleure communication entre professionnels de santé et une meilleure collaboration avec le médecin traitant, pivot de la prise en charge du patient obèse.

1. Introduction :

1.1 L'obésité : un enjeu de Santé Publique :

1.1.1. Préambule :

L'obésité est reconnue depuis 1997 comme une maladie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [1]. Elle peut remettre en cause le bien être tant somatique que psychologique et social de l'individu. Selon Jean Trémolières, nutritionniste et ancien directeur du Laboratoire de Nutrition Humaine et de l'unité de Recherche Diététique de l'INSERM, « est obèse qui se sent obèse ». Pour la majorité des patients obèses, leur poids est tout simplement un obstacle au bonheur.

1.1.2. Epidémiologie :

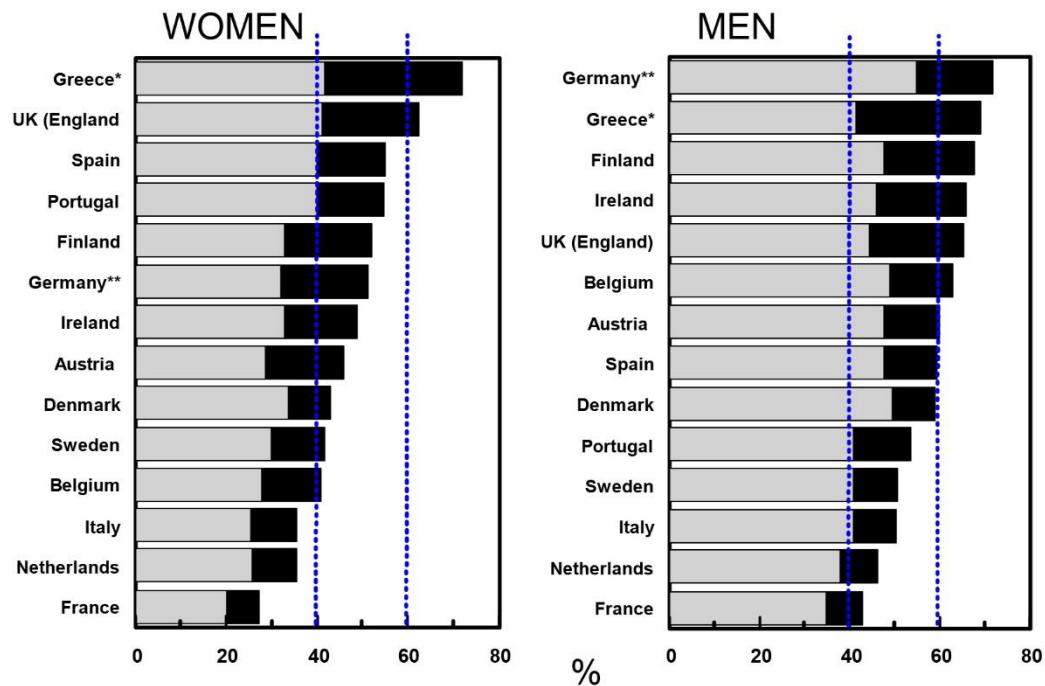
1.1.2.1 Epidémiologie mondiale :

Selon l'OMS, le surpoids concerne 1,4 milliard de personnes de 20 ans et plus, parmi lesquelles plus de 200 millions d'hommes et près 300 millions de femmes sont obèses [1].

1.1.2.2 Epidémiologie européenne :

La France ne semble pas être le pays le plus touché par l'obésité et le surpoids dans l'Union Européenne ; au cours des 20 dernières années, la prévalence de l'obésité a doublé chez les hommes anglais et les hommes norvégiens, pour atteindre 15% dans les années 1990 [2, 3]. Plus récemment, les chiffres les plus élevés ont été observés en Grèce chez les femmes et en Allemagne chez les hommes [4].

Fig 1a Estimated EU country prevalence of overweight and obesity



* Restricted age group

**Germany overweight figures derived from WHO MONICA studies



[4]

1.1.2.3 Epidémiologie nationale :

En France, l'enquête ObEpi mesure tous les 3 ans la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes, depuis 1997. En 2012, 32,3% des Français adultes de 18 ans et plus sont en surpoids ($25 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$) et 15% présentent une obésité ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$).

Le poids moyen de la population française a augmenté, en moyenne, de 3,6 kg en 15 ans alors que la taille moyenne a augmenté de 0,7 cm [5].

Poids moyen des français en fonction des années :

Année	Poids
1997	68.9+/-13.7kg
2000	69.7+/-14.0kg
2003	70.7+/-14.6kg
2006	71.1+/-14.9kg
2009	72.0+/-15.3kg
2012	72.5+/-15.6kg

($p < 0.01$) [4]

Le nombre de personnes obèses en 2012 est estimé à environ 6 922 000, soit 3 356 000 personnes supplémentaires par rapport à 1997.

L'IMC moyen a augmenté de 24,3 kg/m² en 1997 à 25,4 kg/m² en 2012 ($p < 0.05$) soit un accroissement moyen de l'IMC de 1,1 kg/m² en 15 ans.

La prévalence de l'obésité reste plus élevée chez les femmes (15,7% chez les femmes contre 14.3% chez les hommes) [5].

1.1.2.4 Epidémiologie régionale :

Toujours d'après l'enquête Obépi-Roche de 2012, le Nord-Pas-de-Calais est la région à la plus forte prévalence d'obésité en 2012 avec 21.3%, devant le Bassin Parisien (17,8%) et l'Est de la France (17,1%).

Prévalence de l'obésité dans la région Nord en fonction des années :

Prévalence de l'obésité dans le Nord-Pas-de-Calais	Année
13.5%	1997
14.3%	2000
16.0%	2003
19.2%	2006
20.5%	2009
21.8%	2012

[5]

1.1.3 Données sociologiques :

- L'IMC augmente progressivement avec l'âge, passant en 2012 de $22,4 \pm 4,0$ kg/m² pour les 18-24 ans à $26,5 \pm 4,6$ kg/m² après 65 ans [5]. L'augmentation de l'IMC la plus importante entre 2009 et 2012 est celle qui touche les 18-24 ans (+ 35%) [5].
- Un effet générationnel est également observé : dans les jeunes générations (1980-1986), le taux d'obésité de 10% est atteint vers 28 ans, alors qu'il n'est atteint qu'à l'âge de 41 ans pour la génération née entre 1959 et 1965 [5].
- Il est constaté depuis 1997, une relation inversement proportionnelle entre prévalence de l'obésité et niveau d'instruction [5].
- De même, la prévalence de l'obésité augmente lorsque les revenus du foyer baissent. Pour des revenus inférieurs à 900 euros/mois, la prévalence est de 25,6 %, alors qu'elle est de 7 % lorsqu'ils sont supérieurs à 5 301 euros/mois [5].
- La prévalence de l'obésité est inversement proportionnelle à la taille de l'agglomération [5].
- D'importantes différences de prévalence existent entre catégories socio-professionnelles. En 2012, 16.7% des ouvriers présentaient une obésité contre 8.7% des cadres supérieurs [5].

1.1.4 Coût de l'obésité :

Le coût total annuel de l'obésité peut être estimé entre 2,1 et 6,2 milliards d'euros, soit 1,5 à 4,6% de la dépense courante de santé de 2002 en France. [6]

1.1.5 Implications gouvernementales :

L'amélioration de l'état nutritionnel constitue à ce jour un enjeu majeur pour les politiques de santé publique en Europe mais aussi dans le monde.

En France, le Parlement a institué en 2010 un programme gouvernemental quinquennal relatif à la nutrition et à la santé (Code de la santé publique, article L3231-1) ainsi qu'un programme gouvernemental pour l'alimentation (Code rural, article L230-1). En 2009, le Président de la République crée le Plan Obésité avec pour objectif principal de répondre à la croissance du nombre de sujets obèses. Ses missions sont l'amélioration de l'offre de soins, et du dépistage chez l'enfant et l'adulte, la mise en place d'actions de prévention, la valorisation de l'activité physique, la lutte contre la discrimination et la vulnérabilité, et enfin l'investissement dans la recherche [7].

Avec cette même orientation, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) a été initié en 2001 et prolongé en 2006 puis en 2011. Il s'articule et complète le Plan Obésité. Les 4 objectifs fixés par le Haut Conseil de la Santé Publique sont :

- Réduire l'obésité et le surpoids dans la population,
- Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges,
- Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque,
- Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles (dénutrition, troubles du comportement alimentaire) [8].

1.2 Education thérapeutique du patient : définition, objectifs et mise en pratique :

1.2.1 Définition :

Selon la définition du rapport OMS-Europe publié en 1996, l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie » [9].

L'objectif est donc de rendre le patient et son entourage plus autonomes au quotidien avec la pathologie. Le patient doit pouvoir contribuer lui-même au maintien ou à l'amélioration de sa qualité de vie [10].

L'éducation thérapeutique s'adresse donc à des patients nécessitant un traitement de durée prolongée ou atteints de maladies chroniques, telle que l'obésité.

L'éducation thérapeutique modifie la traditionnelle relation patient-soignant basée sur le transfert de connaissance, en proposant des apprentissages au patient. Elle favorise ainsi, une approche non seulement biomédicale mais aussi psychologique, sociale et éducative.

1.2.2 Cadre légal de l'ETP :

En 2009, la loi HPST « Hôpital, Patient, Santé et Territoire » inscrit l'ETP dans le parcours de soins du patient et en fait une priorité nationale. Elle précise que pour être mis en œuvre, les programmes d'ETP doivent être conformes à un cahier des charges national et autorisés par les Agences Régionales de Santé (ARS). Comme mentionné dans l'article L. 4130-1. de la loi HPST, le médecin traitant y détient un rôle pivot en « contribuant à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé » [11].

1.2.3 Compétences psycho-sociales :

L'objectif en ETP est l'acquisition des compétences nécessaires au patient pour lui permettre un mieux-être au quotidien. La compétence est définie comme « la capacité à agir en raison des connaissances possédées » dans le dictionnaire Larousse.

Dans le domaine de l'ETP, ces compétences portent sur des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être :

- Faire connaître ses besoins, informer son entourage : exprimer ses besoins, ses émotions, ses connaissances, ses projets, ses valeurs, ses attentes.
- Comprendre, s'expliquer : comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions socio-familiales de la maladie, s'expliquer les principes du traitement.

- Repérer, Analyser, Mesurer : repérer des signes d'alerte, des symptômes précoces, analyser une situation à risque, des résultats d'examen, mesurer sa glycémie, sa tension artérielle ...
- Faire face, décider : connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise, décider dans l'urgence...
- Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention : ajuster le traitement, prévenir les accidents, les crises... Aménager un environnement, un mode de vie favorable à sa santé (activité physique, gestion du stress...).
- Pratiquer, faire : pratiquer les techniques (injection d'insuline, autocontrôle glycémique...). Pratiquer les gestes quotidiens (prise de pouls...) et d'urgence.
- Adapter, réajuster : adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse...). Réajuster un traitement, ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie.
- Utiliser les ressources du système de soins, faire valoir ses droits : savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher l'information utile. Faire valoir des droits (travail, école, assurances...). Participer à la vie des associations de patients... [12].

1.2.4 L'ETP : une démarche structurée :

L'éducation thérapeutique est une démarche structurée en 4 étapes :

- Le bilan éducatif : il consiste en un recueil des données concernant toutes les dimensions de la vie du patient (médicale, psychologique, sociale...) et est souvent réalisé à l'aide d'un guide.
- Négociation des objectifs : consiste à discuter avec le patient des compétences à acquérir. Ces objectifs se veulent souples, pertinents, réalisables et ré ajustables au besoin.
- Intervention éducative : il convient ensuite de choisir les outils pédagogiques adéquats pour permettre l'acquisition des compétences. Cette démarche peut être individuelle ou collective.
- Evaluation des résultats : par différents outils (interrogatoire, documents de simulation, questionnaire...) [13,14].

1.2.5 L'entretien motivationnel :

L'ETP cherche donc à mettre en place un changement de quelque nature que ce soit dans le quotidien du patient. Cependant, tout changement amène à des craintes, exprimées par une attitude de résistance au changement. En découle également une ambivalence chez le patient, c'est-à-dire la présence dans ses réflexions, d'arguments pour et d'arguments contre le changement.

La méthode de communication la plus souvent utilisée dans ce cas, est l'entretien motivationnel. Miller et Rollnick en ont proposé en 2013 la définition suivante :

« L'entretien motivationnel est un style de conversation collaboratif pour renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement » [15]. L'attitude à avoir pour le praticien est donc de « guider » plutôt que de diriger ou d'imposer. Un soignant utilisant un style directif et argumentant pour le changement risquerait de faire ressortir des arguments opposés chez son patient. Le style relationnel à adopter est l'alliance thérapeutique reposant en premier lieu sur la notion d'empathie. Le praticien se doit de reconnaître les difficultés de son patient, de reformuler avec les mots du patient, de re contextualiser les arguments et enfin de résumer à la fin de chaque séance [15].

1.3 Présentation de l'association étudiée : Rest'O :

1.3.1 Création de Rest'O :

L'association Rest'O (Regroupement pour l'Education, le Suivi et le Traitement de l'Obésité) a été créée en 1999 à l'initiative de Madame le Professeur Romon, Chef de service de nutrition au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille. En effet, en juin 1998, un groupe de travail regroupant des praticiens hospitaliers (endocrinologues, pédiatres, nutritionnistes) et libéraux (médecins généralistes) de toute la région Nord-Pas-de-Calais est créé afin de réfléchir à la prise en charge de l'obésité chez l'adulte et l'enfant. Cette réflexion a abouti :

- à une proposition de restructuration de la prise en charge de l'obésité dans la région, qui s'est agencée dans le premier temps dans le cadre du réseau OSEAN, premier réseau territorial de nature subsidiaire en France pour la prise en charge de l'obésité. Cette restructuration a abouti à un Schéma Régional

d'Organisation des Soins (SROS) qui a été repris au niveau national dans le Plan Obésité.

- à la mise en place de groupes d'éducation thérapeutique pour les patients obèses : « Changer pour mieux être » dont la particularité est de se dérouler au sein des centres sociaux.

Les premiers patients ont pu être pris en charge par Rest'O dès 2003.

1.3.2 Les objectifs de « Changer pour mieux être » :

Ce programme se propose d'aider le patient à gérer au mieux son quotidien avec son obésité en lui donnant les outils nécessaires. L'amélioration attendue est tant physique que psychologique. L'objectif à terme est un changement durable des habitudes de vie, notamment alimentaires, du patient et de son entourage ; les objectifs à plus long terme étant d'amener le patient à l'autonomie et à créer de nouveaux liens sociaux. L'activité physique adaptée à chacun est également promue par ce programme.

1.3.3 Les intervenants et secteurs d'action de Rest'O :

L'association est, à ce jour, constituée de 4 diététiciennes, de 4 psychologues, d'un éducateur médico-sportif et d'une infirmière diplômée d'état. L'association n'a qu'une salariée, les autres intervenants ayant le statut d'autoentrepreneur. Tous les intervenants sont payés par l'association.

Rest'O n'intervient qu'à proximité du lieu d'habitation des patients, à savoir dans les maisons de quartier et les centres sociaux :

- Centre social d'Ostricourt,
- Dans Lille, au niveau de l'espace santé du Faubourg de Béthune, de la maison de quartier des Bois Blancs à Lille, au centre social Mosaïque à Lille-Fives, ainsi qu'au sein de la maison de quartier de Wazemmes,
- Centres sociaux de la Maison du Chemin Rouge et des 5 Bonniers à Fâches-Thumesnil,
- Centre social du Grand Cerf à Ronchin,
- Centre social Imagine de Mons-en-Barœul,
- Centre social de Marcq-en-Barœul.

Par le passé, Rest'O a également réalisé des sessions à Roubaix, Tourcoing, Lille-Moulins, Hellemmes, Liévin, Villeneuve d'Ascq, au sein du Vieux Lille ainsi qu'en Belgique.

1.3.4 Financement de l'association Rest'O :

La gestion de Rest'O a initialement été confiée à l'association AdriNord, puis à l'association KPMG depuis 2014. KPMG est une société d'expertise comptable et de commissariat aux comptes appartenant à KPMG International.

Le financement de Rest'O est assuré par les Conseils Régional et Départemental, la ville de Lille ainsi que la CPAM. L'industrie alimentaire apporte également une part des

financements de Rest'O. L'ARS n'apporte pas de financement mais délivre une autorisation de mettre en œuvre le programme d'ETP « Changer pour mieux être ».

Les patients paient une participation forfaitaire de 12 euros par cycle.

1.3.5 Cadre juridique :

Rest'O est une association à but non lucratif relevant de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association. Cette loi s'applique aux associations « *par lesquelles deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices* » (article 1 loi du 1^{er} juillet 1901). Le régime fiscal des associations est un régime non lucratif entraînant l'exonération des impôts commerciaux (contribution économique territoriale, TVA, impôt sur les sociétés).

1.3.6 Les critères d'adhésion au programme :

- Tout adulte de plus de 18 ans avec un IMC supérieur ou égal à 30,
- Tout adulte avec un IMC supérieur à 25 avec un ou plusieurs facteurs de risques cardio-vasculaires associés (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète...).

La moyenne d'âge des participants est de 45 ans, et l'on compte un homme pour 9 femmes.

Les patients peuvent être adressés à l'association par leur médecin traitant, par le CHRU de Lille, notamment le service de nutrition, ou le service « Prévention Santé », ou enfin par les centres médico-psychologiques. L'entrée peut également être libre.

1.3.7 L'intervention du médecin généraliste :

La participation au programme de Rest'O nécessite une prescription médicale en tant que prestation de santé dans le cadre de l'ETP. Une lettre type est donc à signer par le médecin généraliste de chaque participant.

Chaque patient doit également présenter un certificat de non contre-indication à la pratique d'une activité physique adaptée, rempli et signé par son médecin traitant.

1.3.8 Le programme de Rest'O :

Chaque cycle débute par une séance d'information collective suivie d'une séance d'entretien individuel avec réalisation d'un diagnostic éducatif par une diététicienne et une psychologue. Chaque patient est invité à donner son consentement par écrit puis à remplir un auto-questionnaire. Sont relevées les informations suivantes :

- sexe, âge, situations professionnelle et familiale,
- revenu salarial,
- pratique ou non d'activité physique,
- évaluation des consommations tabagique et alcoolique,
- évaluation par le patient de son état de santé actuel.

L'auto-questionnaire comprend enfin une série de 21 questions concernant le comportement alimentaire.

Rest'O proposait jusqu'en 2014 un programme de 12 séances collectives, à raison d'une séance de 2 heures par semaine :

- Séance 1 : quels aliments choisir et pourquoi.
- Séance 2 : lecture des étiquettes nutritionnelles : apprendre à choisir les aliments compliqués sans se laisser influencer par les emballages.
- Séance 3 : être à l'écoute de son corps : reconnaître ses sensations de faim / satiété, apprendre à faire la différence entre la faim et les envies, comprendre pourquoi on mange.
- Séance 4 : comment organiser son rythme de vie et ses habitudes avec son alimentation.
- Séance 5 : comment augmenter son activité physique, en fonction de ses possibilités.
- Séance 6 : que faire d'autre que manger en cas d'envie de manger : quand je m'ennuie, que je suis stressé, quand je vois des publicités alimentaires...
- Séance 7 : quels sont les aliments qui doivent toujours être dans les placards et les réfrigérateurs pour l'ensemble de la famille.
- Séance 8 : image de soi, de son corps, regard des autres : apprendre à se voir différemment, à s'accepter, à s'aimer.
- Séance 9 : jeux autour de l'activité physique, en fonction des possibilités de chacun.
- Séance 10 : les messages publicitaires alimentaires (publicités à la télé, prospectus...) : apprendre à avoir un œil critique à leur égard.

- Séance 11 : visite au supermarché : quels produits choisir quand on fait les courses, mise en pratique de tout ce qui a été vu tout au long des séances.

- Séance 12 : bilan des groupes : discussion autour des progrès et des difficultés encore rencontrées.

Nota : pour des raisons financières, le programme se limite actuellement à 9 séances.

Le contenu des sessions 7, 10 et 11 a été inclus dans les autres séances.

Chaque groupe est constitué d'une dizaine de patients. Chaque séance est animée par 2 professionnels de santé paramédicaux.

Le médecin traitant reçoit par la suite la synthèse du diagnostic éducatif, le programme personnalisé ainsi que le bilan pluridisciplinaire, véhiculés par le patient.

Jusqu'en 2014, 2 à 3 séances de rappel étaient réalisées dans l'année afin de renforcer la motivation des patients.

1.4 Objectifs de l'étude :

Témoins de l'augmentation croissante de l'incidence de l'obésité dans la région Nord Pas-de-Calais, plusieurs structures de pratique éducative ont été créées, la première étant l'association Rest'O il y a plus de 10 ans. Pourtant, son efficacité n'a jamais été évaluée. L'évaluation des actions de ce genre de structures reste indispensable afin de fournir une offre adaptée et de la faire évoluer selon les besoins de la population concernée mais également des professionnels de santé. En découle de cette démarche, le financement de ces associations.

En 2010, une thèse de médecine générale avait étudié par une étude qualitative, les représentations du parcours de soins, des rôles du réseau et du médecin généraliste chez les médecins ayant un patient obèse pris en charge dans le réseau OSEAN ; ainsi 15 médecins avaient été interrogés. Parmi les thèmes abordés, il leur avait été demandé leurs attentes envers le réseau, les avantages de cette prise en charge et les freins à cette collaboration. Les réponses quant à une éventuelle efficacité étaient partagées. Les rôles évoqués pour le réseau étaient multiples : complément, accompagnement, déclencheur pour le patient... Les avantages cités par les praticiens étaient nombreux également : compétences, équipe pluridisciplinaire, plus de temps apporté au patient, gratuité des soins, lieu d'échange pour les professionnels de santé. En revanche, il n'avait pas été évalué la qualité de vie par les médecins interrogés [16].

L'objectif principal de ce travail est de faire évaluer l'efficacité du programme de Rest'O par les médecins généralistes, acteurs de premier plan dans la prise en charge de l'obésité. La deuxième partie de ce travail s'intéresse aux besoins (formation, outil informatique, information...) des praticiens dans leur lutte contre l'obésité, et notamment à ce qu'une association comme Rest'O peut leur apporter. Enfin, il nous a semblé nécessaire de laisser les médecins généralistes s'exprimer quant à leurs rôles dans la prise en charge contre l'obésité.

2. Matériels et méthodes :

2.1 Matériels :

Un premier questionnaire non anonyme a été envoyé à tous les médecins généralistes installés ayant un ou plusieurs patients pris en charge par Rest'O, de janvier 2010 à juin 2014 (*Annexe 1*). La liste de ces médecins a été fournie par l'association.

Tous les médecins généralistes ont d'abord été contactés par téléphone à leur cabinet afin de récupérer leur adresse mail. Soit l'adresse a été communiquée et le praticien a reçu le questionnaire via Internet, soit l'adresse n'a pas pu être communiquée et une version papier du questionnaire a été envoyée à son cabinet, accompagnée d'une enveloppe timbrée permettant un retour de ce questionnaire. Les adresses non recueillies l'ont été pour les raisons suivantes :

- praticien nous joignable au moment de l'appel,
- secrétariat ne connaissant pas l'adresse mail du médecin,
- professionnel non informatisé,
- choix personnel de ne pas communiquer son adresse mail.

Après un délai de 3 semaines, tous les praticiens non répondants ont bénéficié d'une relance téléphonique. Le travail de recueil a été effectué de février à avril 2015.

Dans un second temps, afin de rendre davantage pertinents les résultats de ce travail, un deuxième questionnaire a été envoyé aux répondants reprenant les 4 dernières questions du premier questionnaire mais avec un agencement différent. Les médecins ne devaient sélectionner que les deux réponses leur semblant les plus importantes (*Annexe 2*). Ce questionnaire a été envoyé en version papier ou mail selon les

préférences du médecin concerné. Les praticiens n'ayant pas répondu, ont été rappelés à 3 semaines. Ce second envoi a été réalisé de mai à juin 2015.

Le questionnaire envoyé par mail a été réalisé grâce au site « Google docs ». La collecte des résultats a été faite via « Google forms ». Les statistiques et les diagrammes ont été réalisés par mes soins au moyen des logiciels « Excel » et « Word ».

2.2 Méthodes :

2.2.1 Choix de l'étude :

L'association Rest'O prend en charge des patients en obésité depuis plus de 10 ans et son action n'a encore jamais été évaluée par les médecins généralistes, pourtant seuls à pouvoir juger des résultats à long terme. Il nous a donc semblé nécessaire de collecter les informations suivantes :

- données sociodémographiques afin de juger de la représentabilité de notre population.
- résultats observés par les médecins généralistes depuis la prise en charge de Rest'O tant sur le plan médical que psycho-social.

Afin de pouvoir éventuellement modifier, améliorer et compléter les actions de Rest'O, il nous a semblé important de laisser les praticiens s'exprimer sur les rôles dont ils se sentent investis, ainsi que sur leurs besoins dans ce combat.

Pour ces raisons, nous avons donc réalisé une étude quantitative.

2.2.2 Réalisation du questionnaire :

La rédaction du premier questionnaire s'est faite parallèlement à la phase de recherche bibliographique. Ce questionnaire a été voulu court (4 minutes sont nécessaires pour le remplir) et simple.

Une première partie recueille les données sociodémographiques de la population étudiée. Une deuxième évalue le ressenti des praticiens vis-à-vis du travail de l'association. Les deux dernières parties évaluent respectivement les rôles des praticiens et leurs besoins théoriques et matériels dans leur prise en charge de l'obésité (*Annexe 1*). Le second questionnaire reprend les 4 dernières questions du premier questionnaire mais les médecins interrogés doivent sélectionner uniquement les 2 propositions leurs semblant les plus importantes (*Annexe 2*).

2.2.3 Choix de la population :

L'association existe depuis 2003, cependant seuls les médecins ayant un patient pris en charge depuis janvier 2010 ont été interrogés, afin de réduire le biais de mémorisation et le nombre de patients perdus de vue. Les médecins de tous les lieux d'action de Rest'O depuis 2010 ont été interrogés, ce qui correspond à la région Lilloise et sa grande périphérie. N'ont pas été inclus les praticiens en retraite après 2010, les médecins libéraux n'ayant pas suivis le patient au moment de sa prise en charge, les médecins traitants dont le patient a bénéficié d'une prise en charge par chirurgie bariatrique dans les suites.

2.2.4 Analyse des données :

L'analyse est purement descriptive. Il a été décidé de ne pas calculer d'intervalle de confiance car la population étudiée n'a pas été échantillonnée, tous les médecins concernés ayant été inclus.

3 Résultats :

3.1 Caractéristiques sociodémographiques des médecins interrogés :

315 médecins sont concernés par cette étude, 104 ont répondu au premier questionnaire soit 33.0% de participation. 17 praticiens ont été exclus pour les raisons suivantes : 11 sont en retraite, 5 ne suivent plus le patient concerné, 1 praticien a déménagé. 1 praticien a répondu hors délai et ses réponses n'ont pas été comptabilisées.

Le second questionnaire a été renvoyé par 84 médecins répondant au premier soit 80.8% de participation.

Caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes :

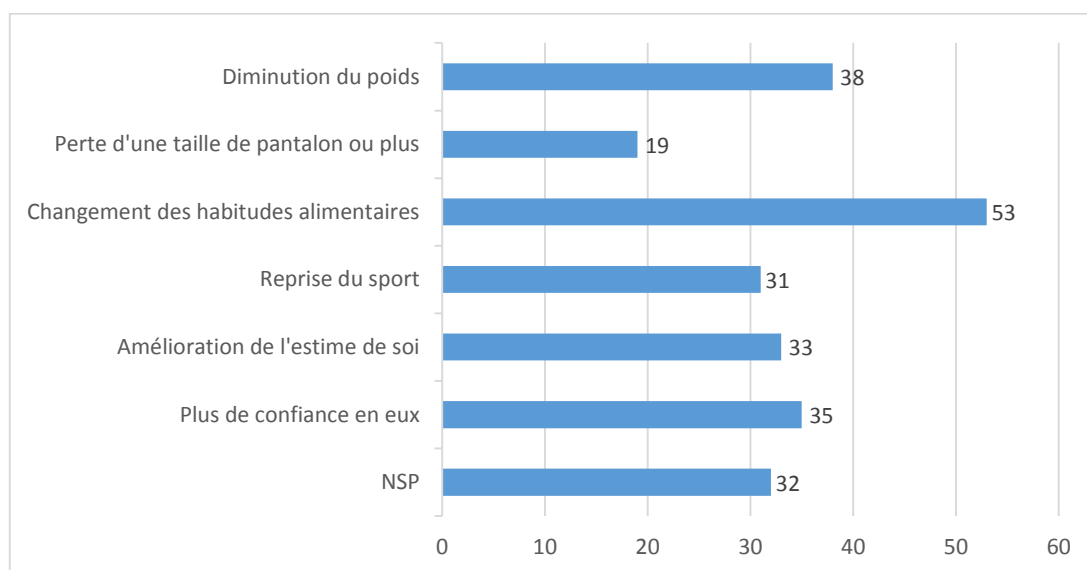
	N =104
Sexe masculin (%)	78 (75%)
Sexe féminin (%)	26 (25%)
Age moyen (écart-type)	51.1 ans (9.611)
Pour les hommes	52.6 ans (9.521)
Pour les femmes	45.9 ans (8.608)
Année de thèse (écart-type)	1991.7 (10.191)
Pour les hommes	1989.9 (9.928)
Pour les femmes	1996.9 (9.239)
Milieu d'exercice urbain (%)	85 (81.7%)
Milieu d'exercice semi-rural	16 (15.4%)
Milieu d'exercice rural (%)	3 (2.9%)

	Nombre de patients par praticiens ayant suivi le programme	Nombre de patients par praticiens envoyés par leur médecin traitant
En moyenne (écart-type)	1.79 (1.806)	1.17 (1.797)
Par homme (écart-type)	1.56 (1.085)	1.09 (1.651)
Par femme (écart-type)	2.46 (2.56)	1.38 (2.192)

3.2 Evaluation des actions de Rest'O par les médecins généralistes :

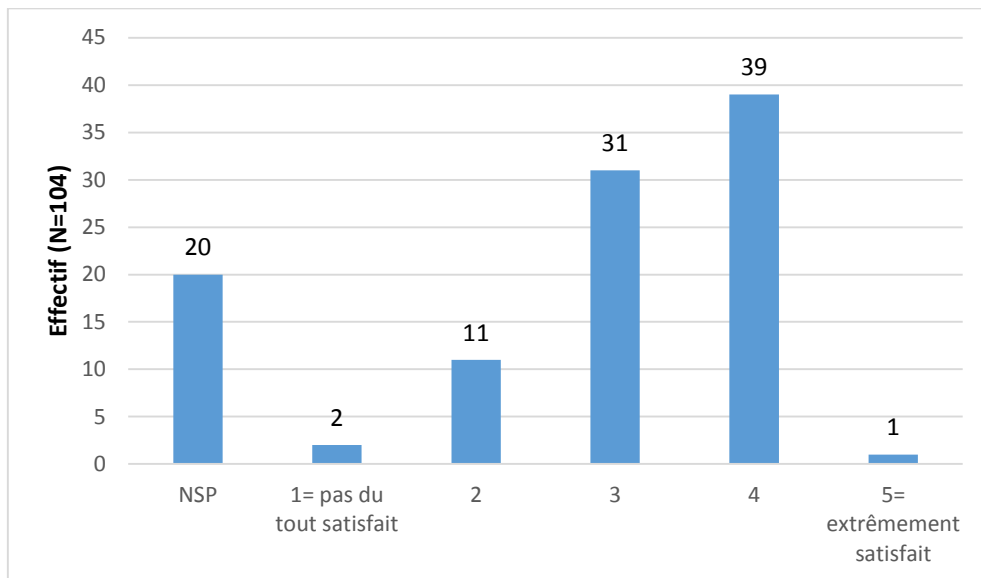
1 - Avez-vous constaté une amélioration de la qualité de vie de vos patients ?

(Plusieurs réponses possibles)



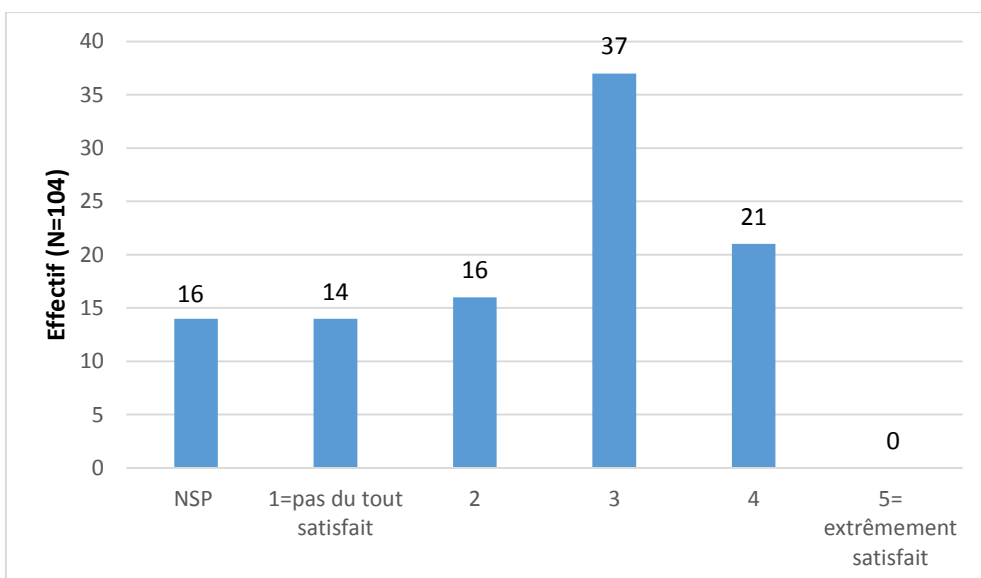
(NSP= ne se prononce pas)

2 - Avec du recul, êtes-vous satisfait de la prise en charge de Rest'O ?



(NSP= ne se prononce pas)

3 - Est-ce que cela vous a aidé dans l'accompagnement ultérieur de vos patients ?



(NSP= ne se prononce pas)

4 - Est-ce que cela a changé votre perception de la prise en charge de l'obésité ?

	N (%)
NSP	11 (10.6%)
Oui	19 (18.3%)
Non	74 (71.2%)

(NSP= ne se prononce pas)

5 - Pensez-vous adresser à nouveau des patients à l'association ?

	N (%)
NSP	17 (16.4%)
Oui	72 (69.2%)
Non	15 (14.4%)

(NSP= ne se prononce pas)

3.3 Les rôles des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité :

3.3.1 Résultats du premier questionnaire :

Comment voyez-vous votre rôle dans la prise en charge de vos patients obèses?

- Leur donner des conseils (diététiques sur le réapprentissage culinaire, modifications des habitudes de vie,...) :

	1	2	3	4	5	NA
	Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord	
N	0	4	15	35	46	4
(%)		(3.8%)	(14.4%)	(33.6%)	(44.2%)	(3.8%)

« NA » correspond au nombre de médecins n'ayant pas répondu à la question.

- Les motiver dans leur changement :

	1	2	3	4	5	NA
	Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord	
N	0	1	9	36	53	5
(%)		(1%)	(8.7%)	(34.6%)	(51%)	(4.8%)

« NA » correspond au nombre de médecins n'ayant pas répondu à la question.

- Les accompagner durablement dans leur changement :

	1	2	3	4	5	NA
	Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord	
N	0	2	11	48	38	5
(%)		(1.9%)	(10.6%)	(46.2%)	(36.5%)	(4.8%)

« NA » correspond au nombre de médecins n'ayant pas répondu à la question.

- Les orienter vers les autres professionnels de santé (diététiciens, psychologues, endocrinologues, chirurgiens,...) :

	1	2	3	4	5	NA
	Pas du tout d'accord			Tout à fait d'accord		
N	1	0	20	40	39	4
(%)	(1%)		(19.2%)	(38.5%)	(37.5%)	(3.8%)

« NA » correspond au nombre de médecins n'ayant pas répondu à la question.

3.3.2 Résultats du second questionnaire :

**Comment voyez-vous votre rôle dans la prise en charge de vos patients obèses?
Entourez uniquement les 2 réponses vous semblant les plus pertinentes, en les
priorisant.**

(« En priorisant » représente le nombre de fois où la proposition a été retenue comme la plus importante de la liste par les médecins interrogés)

	Nombre de citations N (%)	En priorisant N (%)
A : Leur donner des conseils	33 réponses (20.4%)	19 réponses (23.5%)
B : Les motiver dans leur changement	53 réponses (32.7%)	40 réponses (49.4%)
C : Les accompagner durablement dans leur changement	40 réponses (24.7%)	13 réponses (16.0%)
D : Les orienter vers les autres professionnels de santé	36 réponses (22.2%)	9 réponses (11.1%)

3 praticiens n'ont sélectionné aucune réponse proposée.

3.4 Les attentes vis-à-vis de l'association Rest'O :

3.4.1 Résultats du premier questionnaire :

Qu'attendez-vous de l'association ?

- Qu'elle donne des informations au patient sur l'alimentation :

	1	2	3	4	5	NA
	Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord	
N	0	2	8	39	49	6
(%)		(1.9%)	(7.7%)	(37.5%)	(47.1%)	(5.8%)

« NA » correspond au nombre de médecins n'ayant pas répondu à la question.

- Qu'elle motive le patient à changer :

	1	2	3	4	5	NA
	Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord	
N	0	0	7	33	56	8
(%)			(6.7%)	(31.7%)	(53.8%)	(7.7%)

« NA » correspond au nombre de médecins n'ayant pas répondu à la question.

- Qu'elle vous donne des protocoles de suivi :

	1	2	3	4	5	NA
	Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord	
N	7	4	28	33	25	7
(%)	(6.7%)	(3.9%)	(26.9%)	(31.7%)	(24.0%)	(6.7%)

« NA » correspond au nombre de médecins n'ayant pas répondu à la question.

- Une perte de poids concrète et durable :

	1	2	3	4	5	NA
	Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord	
N	1	2	26	30	39	6
(%)	(1%)	(1.9%)	(25%)	(28.8%)	(37.5%)	(5.8%)

« NA » correspond au nombre de médecins n'ayant pas répondu à la question.

- Un mieux-être :

	1	2	3	4	5	NA
	Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord	
N	0	0	8	39	51	6
(%)			(7.7%)	(37.5%)	(49.0%)	(5.8%)

« NA » correspond au nombre de médecins n'ayant pas répondu à la question.

- Un suivi sur le long terme :

	1	2	3	4	5	NA
	Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord	
N	1	2	11	38	45	7
(%)	(1%)	(1.9%)	(10.6%)	(36.5%)	(43.3%)	(6.7%)

« NA » correspond au nombre de médecins n'ayant pas répondu à la question.

3.4.2 Résultats du second questionnaire :

Qu'attendez-vous de l'association Rest'O ? Entourez uniquement les 2 réponses vous semblant les plus pertinentes, et en les priorisant.

(« En priorisant » représente le nombre de fois où la proposition a été retenue comme la plus importante de la liste par les médecins interrogés)

	Nombres de citations N (%)	En priorisant N (%)
A : Qu'elle donne des informations au patient sur l'alimentation	24 réponses (14.3%)	14 réponses (16.7%)
B : Qu'elle motive le patient à changer	44 réponses (26.2%)	24 réponses (28.6%)
C : Qu'elle vous donne des protocoles de suivi	15 réponses (8.9%)	5 réponses (6.0%)
D : Une perte de poids concrète et durable	27 réponses (16.1%)	18 réponses (21.4%)
E : Un mieux-être	18 réponses (10.7%)	10 réponses (11.9%)
F : Un suivi sur le long terme	40 réponses (23.8%)	13 réponses (15.5%)

3.5 Les besoins de formations et d'informations :

3.5.1 Résultats du premier questionnaire :

D'une manière générale, de quoi auriez-vous besoin pour être aidé dans votre prise en charge de l'obésité ?

- D'informations sur les structures vers qui orienter le patient :

	1	2	3	4	5	NA
	Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord	
N	4	4	24	36	31	5
(%)	(3.8%)	(3.8%)	(23.1%)	(34.6%)	(29.8%)	(4.8%)

« NA » correspond au nombre de médecins n'ayant pas répondu à la question.

- De formations théoriques et pratiques sur la nutrition en général :

	1	2	3	4	5	NA
	Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord	
N	11	20	32	22	14	5
(%)	(10.6%)	(19.2%)	(30.8%)	(21.2%)	(13.5%)	(4.8%)

« NA » correspond au nombre de médecins n'ayant pas répondu à la question.

- De formations théoriques et pratiques sur l'entretien motivationnel et d'une manière générale sur l'éducation thérapeutique du patient :

	1	2	3	4	5	NA
	Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord	
N	11	20	31	21	15	6
(%)	(10.6%)	(19.2%)	(29.8%)	(20.2%)	(14.4%)	(5.8%)

« NA » correspond au nombre de médecins n'ayant pas répondu à la question.

3.5.2 Résultats du second questionnaire :

D'une manière générale, de quoi auriez-vous besoin pour être aidé dans votre prise en charge de l'obésité ? Entourez uniquement les 2 réponses vous semblant les plus pertinentes, et en les priorisant.

(« En priorisant » représente le nombre de fois où la proposition a été retenue comme la plus importante de la liste par les médecins interrogés)

	Nombre de citations N (%)	En priorisant N (%)
A : D'informations sur les structures vers qui orienter le patient	60 réponses (36.8%)	44 réponses (53.0%)
B : De formations théoriques et pratiques sur la nutrition en général	46 réponses (28.2%)	12 réponses (14.5%)
C : De formations théoriques et pratiques sur l'entretien motivationnel et d'une manière générale sur l'éducation thérapeutique du patient	57 réponses (35.0%)	27 réponses (32.5%)

Un praticien n'a sélectionné aucune des propositions et 3 médecins n'ont sélectionné qu'une seule réponse.

3.6 Les outils informatiques :

3.6.1 Résultats du premier questionnaire :

De quels outils informatiques auriez-vous besoin ?

- **Pour vous :**

1. Plateforme permettant une meilleure coordination entre le médecin généraliste et les autres professionnels de santé : **59 citations.**

2. Logiciel de suivi biomédical et dépistage du patient obèse : **24 citations.**

27% des médecins (N=28) n'ont entouré aucune des réponses proposées. La proposition « autre » n'a recueilli qu'un seul témoignage : « suivi adapté à chaque patient ».

- **Pour le patient :**

1. Logiciel d'assistance et de conseil pour l'équilibre alimentaire : **62 citations.**

2. Outils connectés permettant de motiver à l'activité physique : **50 citations.**

3. Outils connectés permettant la quantification et l'optimisation de l'activité physique : **47 citations.**

4. Autres : précisez :

18.3% des praticiens (N=19) n'ont sélectionné aucune des réponses proposées. La proposition « autre » n'a recueilli qu'un seul témoignage : « prise en charge personnalisé et suivi régulier ».

3.6.2 Résultats du second questionnaire :

De quels outils informatiques auriez-vous besoin ? Entourez uniquement les 2 réponses vous semblant les plus pertinentes, et en les priorisant.

(« En priorisant » représente le nombre de fois où la proposition a été retenue comme la plus importante de la liste par les médecins interrogés)

	Nombres de citations N (%)	En priorisant N (%)
A : Plateforme permettant une meilleure coordination entre le médecin généraliste et les autres professionnels de santé	38 réponses (24.2%)	26 réponses (32.9%)
B : Logiciel de suivi biomédical et dépistage du patient obèse	19 réponses (12.1%)	5 réponses (6.3%)
C : Logiciel d'assistance et de conseil pour l'équilibre alimentaire	50 réponses (31.8%)	29 réponses (36.7%)
D : Outils connectés permettant de motiver à l'activité physique	23 réponses (14.7%)	8 réponses (10.1%)
E : Outils connectés permettant la quantification et l'optimisation de l'activité physique	27 réponses (17.2%)	11 réponses (13.9%)

5 médecins n'ont retenu aucune des propositions et un praticien n'a donné qu'une seule réponse.

3.7 Fiches de conseils diététiques à distribuer aux patients :

57 médecins soit 59.4% aimeraient distribuer des fiches de conseils diététiques aux patients contre 39 praticiens (40.6%) n'en voyant pas d'utilité (8 praticiens n'ont pas répondu à cette question).

A la fin du questionnaire une rubrique « autres » invitait les médecins à faire des propositions concernant leurs éventuels besoins. 15 propositions ont été relevées et sont répertoriées dans *l'annexe 3*.

4 Discussion :

4.1 Limites et biais de l'étude :

Nous avons interrogé tous les médecins ayant un ou plusieurs patients pris en charge par Rest'O de janvier 2010 à juin 2014, soit 315 praticiens. 33% (N=104) ont renvoyé le premier questionnaire malgré un rappel téléphonique. Ce résultat pourrait laisser penser que les praticiens les plus intéressés par le sujet ont répondu.

Les médecins étaient interrogés à partir de 2010 car il nous a semblé qu'au-delà le travail de mémoire serait trop important. Néanmoins, un biais de mémorisation est à prendre en compte dans l'analyse des résultats, notamment pour les questions 5 et 6 (« Combien de vos patients ont suivi le programme de l'association Rest'O ? », « Combien en avez-vous envoyés directement ? »).

Certaines questions, notamment la question 7 (« Avez-vous constaté une amélioration de la qualité de vie de vos patients ») font appel à la subjectivité et à un travail de mémoire et le nombre de personnes ne se prononçant pas est relativement important.

Le taux de participation à cette étude peut également laisser suggérer que le nombre de patients perdus de vue a empêché certains praticiens de répondre à cette enquête.

Le questionnaire a été construit à partir de questions fermées ce qui a permis de cibler les attentes et représentations des praticiens. Cependant, une rubrique « autre » à la fin du questionnaire permettait aux médecins de s'exprimer quant à d'éventuelles attentes et besoins non cités plus haut. Peu de propositions ont été faites, 15 au total.

Un biais d'analyse peut donc en résulter, devant le manque d'exhaustivité des dernières questions.

Enfin, les deux questionnaires n'étaient pas anonymes, ce qui a peut-être gêné les médecins interrogés.

4.2 Représentativité de la population étudiée :

La population de notre étude présente des caractéristiques sociodémographiques semblables à celle de la population des généralistes en France :

- la moyenne d'âge des généralistes français était de 51 ans en 2014 tout comme celle de notre étude [17].
- les médecins généralistes étaient représentés à 57% par les hommes en 2014 à l'échelle nationale [17] ; en revanche, en 2012, 35% des généralistes du Nord-Pas-De-Calais étaient des femmes, proportion retrouvée dans notre étude [18].
- dans notre étude, les femmes semblent plus jeunes, leur année de thèse est plus précoce que chez les hommes ; cette différence est retrouvée à l'échelle nationale, puisque les femmes représentaient 58% de la jeune profession en 2014 avec un âge d'inscription au Conseil de l'Ordre de 33 ans contre 36 ans pour les hommes [17].

4.3 L'éducation thérapeutique en médecine générale :

4.3.1 Les freins à l'ETP :

En 2009, 80% des consultations de médecine générale portaient sur des maladies chroniques et 30 à 80% des patients ne semblaient pas suivre leur traitement médicamenteux de façon correcte [19, 20, 21]. 95.3% des praticiens informent et conseillent leurs patients sur leurs maladies très souvent voir systématiquement [19]. Or, conseiller et informer ne sont pas suffisants pour aider les patients à vivre quotidiennement avec leurs pathologies [22, 23]. Témoins de l'intérêt et de la nécessité grandissants de l'ETP, la pratique éducative a été déclarée majoritairement prioritaire au sein de 69% des établissements de santé français en 2005 [24]. Les pathologies prioritairement prises en charge dans les activités d'éducation sont le diabète, l'insuffisance cardiaque et les maladies coronariennes, l'asthme, l'obésité [25]. L'importance des pratiques éducatives en ambulatoire reste cependant difficile à évaluer compte-tenu de l'absence d'études de recensement au niveau national [25].

Pourtant, en 2009, les médecins généralistes se sentaient moins efficaces qu'en 2003 en matière d'éducation thérapeutique notamment dans la prise en charge de l'asthme (78,7 %vs 87,6 %) et du diabète (72,4 %vs 78,0 %) [19]. Plusieurs freins à la pratique de l'ETP ont ainsi été mis en lumière ces dernières années. Le manque de temps semble être la principale difficulté puisque, selon les études, 76% à 91.4% des médecins généralistes souhaitent disposer de plus de temps [14, 16, 26, 27, 28, 29]. En effet, 5% des médecins généralistes (contre 23% des spécialistes) déclarent assurer pour la majorité de leurs patients diabétiques des consultations dédiées à l'éducation thérapeutique [26]. De même, 20% seulement des médecins généralistes

pensent que la mise en œuvre d'activités thérapeutiques fait partie de leurs missions [26].

Le manque voire l'absence de formation théorique et pratique à la nutrition et à l'ETP est l'autre difficulté majeure à la prise en charge de l'obésité. Une étude quantitative réalisée en 2011 dans le département de la Haute-Vienne a révélé que seuls 23.5% des médecins généralistes interrogés avaient une formation en obésité. Ils n'étaient que 12.8 % à associer intervention diététique, prescription d'activité physique et prise en charge psychocomportementale [30]. Un manque de connaissances et de pratiques dans le domaine de l'ETP est aussi largement retrouvé dans les études récentes [26,29, 31]. Selon une étude réalisée en Midi-Pyrénées, 24% des praticiens interrogés ont une formation sur l'ETP et seulement 23% connaissent les ressources locales d'éducation thérapeutique [31].

Enfin, il semble manquer dans le paysage médical des structures relais, notamment proches géographiquement du patient [16, 26, 27, 29, 31].

4.3.2 Les atouts de Rest'O :

L'association Rest'O propose donc de pallier certaines difficultés dans la prise en charge des patients obèses dans le parcours de soins primaires, en complétant et soulageant l'activité du médecin généraliste. Elle permet d'apporter par un travail en équipe une autre information au patient, dans une zone géographique proche de chez lui.

Dans cette étude, la majorité des praticiens interrogés semblent avoir conscience de l'utilité du travail de Rest'O puisque 69.2% des médecins pensent à envoyer à nouveau

des patients à l'association et plus d'un tiers se dit satisfait voire très satisfait par la prise en charge de l'association. Les activités de Rest'O ne semblent pas cependant avoir modifié leur perception de la prise en charge de l'obésité. Cette donnée laisse sous-entendre que seuls les médecins se sentant concernés par le problème d'obésité et d'ETP ont répondu au questionnaire.

Rest'O a manifestement permis une modification des habitudes alimentaires des patients, prérequis indispensable à la perte de poids. De même, l'association semble avoir rempli une part importante de sa mission puisque la perte de poids est la deuxième proposition la plus citée concernant l'amélioration de la qualité de vie des patients. Ce résultat est cependant à relativiser car cette perte de poids n'a pas été quantifiée et il n'est pas précisé dans le questionnaire si elle a été maintenue dans le temps.

Un des fondements du programme de Rest'O est l'amélioration de l'estime de soi ; cette proposition n'arrive cependant qu'en quatrième position juste après le regain de confiance en soi. L'amélioration de l'estime de soi repose cependant sur une évaluation subjective et est parfois difficile à faire souligner au cours d'une consultation de durée limitée.

4.3.3 Efficacité de l'éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité dans la littérature :

La littérature scientifique est étonnamment pauvre en ce qui concerne l'éducation thérapeutique pour les patients obèses, en comparaison des autres pathologies où la pratique éducative est utilisée. Snethen et coll. ont réalisé une méta-analyse des études concernant l'ETP dans le domaine de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent

[32]. 356 patients ont été inclus dans 7 études. Toutes les études ont montré une perte de poids statistiquement significative pour les groupes ayant bénéficié de l'intervention éducative, alors que les patients des différents groupes contrôles ont vu leur poids augmenter. Cette méta-analyse relate également l'intérêt d'inclure les parents dans le programme éducatif. Malheureusement, très peu de programmes éducatifs ont été détaillés, l'unique paramètre évalué étant la perte de poids sur une période relativement courte (trois à douze mois entre les évaluations pré et post-intervention).

A l'échelle régionale, un travail de thèse réalisé en 2014, sur le réseau Diabhainaut a montré des résultats encourageants ; ce réseau proposait une prise en charge pluridisciplinaire de 12 semaines de l'enfant obèse dans le territoire du Hainaut-Cambrasis. A 9 mois, l'activité physique était augmentée ($p < 0,001$), le temps passé devant un écran diminuait à 3 mois ($3,07 \pm 2,19\text{h/j}$ vs $3,71 \pm 2,42\text{h/j}$ à T0, $p = 0,05$). A 18 mois, les habitudes alimentaires se modifiaient favorablement, les sensations de faim et de satiété étaient mieux respectées ; de même, la qualité de vie s'améliorait significativement à 18 mois (prenant en compte la sociabilité, l'estime de soi selon l'enfant et ses parents, la persévérance et l'ennui selon les parents) [33].

Chez l'adulte obèse, une revue de littérature se concentrant sur les interventions comportementales pour la perte de poids a montré l'intérêt de combiner ce type de psychothérapies avec une prise en charge diététique et la remise à l'activité physique. Une perte de poids moyenne d'environ 10 kg ainsi que le maintien de ce nouveau poids à moyen terme (6-12 mois) ont été mis en évidence sur les douze études [34].

En effet, une méta-analyse de 15 études concernant les effets de l'ETP seule en soins primaires a révélé une perte de poids de 1.36 kg (-2.10 à -0.63 , $p < 0.0001$) à 12 mois

et de 1.23 kg (-2.28 à -0.18, $p = 0.002$) à 24 mois. Ces chiffres semblent cliniquement peu significatifs [35].

A plus long terme, une étude proposant une prise en charge éducative de 6 semaines a révélé, à 5 ans post-intervention, une perte de poids chez 25.5% des patients (1.9 ± 1.8 kg) et une stabilité de la perte de poids initiale (0.6 ± 0.4 kg) chez 20% des individus [36]. La variation pondérale reste là encore limitée.

Très récemment, une étude prospective anglaise a inclus 828 patients obèses dans un programme d'éducation thérapeutique de 6 mois comprenant une séance par mois. Le critère principal de jugement était la perte de poids à 3 et 6 mois. Les résultats préliminaires ont montré une perte de poids moyenne de -4.1 kg (95% IC -3.6 à -4.6 kg, $p=0.0001$). La perte de poids chez les patients ayant terminé le programme atteignait 5.5 kg (95% IC -4.2 à -6.2 kg, $p=0.0001$) contre 2.3 kg ($p=0.0001$) chez les patients ne l'ayant pas terminé [37].

4.4 Rôles, besoins et attentes des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité :

4.4.1 Les rôles des praticiens en soins primaires :

Les médecins généralistes sont aujourd'hui le pivot de la prise en charge des patients tant au niveau de l'organisation que dans la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins, de suivi et de coordination de son parcours [38]. Depuis 2009, l'ETP fait partie des missions du médecin généraliste au même titre que le dépistage, la prévention et les autres fonctions fondamentales définies par la World

Organization of National College Academies and Academic (WONCA) [11, 39]. D'après le Baromètre Santé Médecins généralistes de 2009, les praticiens étaient nombreux à déclarer des actions de prévention dans des domaines variés tels que la vaccination, les facteurs de risque cardio-vasculaires ou le dépistage sérologique [19]. A noter que ce fait est accentué chez les médecins ayant suivis une formation en ETP [19]. Concernant le rôle d'éducation en santé, 95.3% des praticiens affirment conseiller et informer systématiquement ou souvent leurs patients [19]. Cette tendance est retrouvée dans l'étude Entred où 83% des patients diabétiques se disent bien informés par leurs médecins traitants sur leurs pathologies [26]. Les médecins généralistes de notre étude conviennent de ce rôle (44.2% sont « tout à fait d'accord ») ; étonnement, la proposition « Leur donner des conseils » est celle qui a été le moins citée (33 réponses soit 20.4%) dans le second questionnaire.

Le deuxième rôle attribué dans la pratique éducative est l'orientation vers d'autres professionnels de l'éducation, rôle largement plébiscité par les généralistes [19, 26]. Les médecins interrogés s'attribuent également ce rôle mais il n'est pas le plus important. Dans ce travail, « l'orientation vers d'autres professionnels » a été citée par 22.2% des médecins mais est apparue comme la plus importante chez seulement 11.1% d'entre eux.

La compétence qui semble avoir retenu l'attention des praticiens interrogés est la motivation des patients au changement, notion essentielle à la pratique éducative. En effet, 49.4% des médecins l'ont évoquée comme la mission la plus importante. Ils ont d'ailleurs constaté un changement dans les habitudes alimentaires après la prise en charge de Rest'O, cette proposition ayant été la plus citée concernant l'amélioration de la qualité de vie.

Comme noté plus haut, l'ETP cherche à créer un changement dans les habitudes et plus largement dans la vie du patient. Toute tentative de changement entraîne chez l'individu une résistance que les professionnels de santé doivent s'efforcer de lever [15]. Motiver et encourager le patient dans ses changements se révèle donc indispensable, le médecin traitant ayant une place privilégiée de par sa relation avec son patient. Une étude récente est venue témoigner de l'importance d'un suivi réguliers et au long cours par le médecin traitant dans le domaine de l'obésité et de l'ETP : 14 256 patients obèses ou en surpoids ont bénéficié de séances d'ETP délivrées par leurs médecins traitants. Le critère de jugement était le maintien d'une perte de poids d'au moins 10% du poids initial à 1 an. Les patients ayant maintenus cette perte de poids sont ceux ayant l'IMC initial le plus élevé et ceux ayant le plus consulter leur médecin généraliste [40].

4.4.2 Les attentes des médecins vis-à-vis de Rest'O :

A l'instar des rôles du médecin généraliste, l'attente principale retrouvée dans ce travail est la motivation au changement que doit apporter l'association. Ce résultat est peut être rattaché au manque de temps des médecins généralistes, qui ont souvent exprimé le souhait d'un partenariat avec d'autres professionnels de la pratique éducative [16, 19, 26, 27, 28, 29, 41]. Conformément à leur volonté d'être suppléé dans la réalisation de l'ETP [16, 19, 27], les médecins de notre étude ont manifesté le besoin d'un suivi au long cours par Rest'O.

Les autres propositions plébiscitées par les praticiens interrogés sont toutes retrouvées dans une étude qualitative réalisée en 2010 dans le bassin Lillois qui s'intéressait aux représentations des réseaux chez les médecins généralistes [16].

Etonnamment, une des propositions les moins citées est l'amélioration de la qualité de vie, l'acquisition d'un mieux-être. Or la devise de Rest'O est « changer pour mieux être » dans son corps comme dans sa tête. Ce résultat peut être lié à une méconnaissance du travail et des objectifs de l'association par les médecins généralistes. Cette notion a d'ailleurs été retrouvée plusieurs fois dans les commentaires libres, à la fin des questionnaires (*Annexe 3*)

4.4.3 Les besoins des praticiens de soins primaires :

4.4.3.1 Les formations théoriques et pratiques :

Selon l'article 11 du code de déontologie (décret n° 95-1000 de septembre 1995) « tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles ». Depuis 2004, les médecins sont soumis à une deuxième obligation par l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Plusieurs rapports ont montré que les médecins hospitaliers se forment davantage que les médecins libéraux et cela grâce au financement de l'industrie pharmaceutique [42]. Il existe peu de données permettant d'apprécier les pratiques des médecins libéraux en matière de formation, leurs besoins et leurs difficultés. Depuis les années 2000, la formation continue financée dans le cadre du dispositif conventionnel prévoit 4 journées de formation par an par médecin libéral, les thèmes étant librement choisis. Là encore, peu de rapports permettent d'évaluer le suivi de cette recommandation et le ressenti des praticiens [42, 43] ; les contraintes horaires et les déplacements semblent être les obstacles majeurs à la pratique des FMC chez les médecins libéraux [43].

Témoin de cette tendance, 23.5% des médecins généralistes d'une étude de Haute-Vienne avaient une formation en nutrition, sujet pourtant considéré comme prioritaire actuellement [30]. Dans notre étude, la proposition de formation sur l'obésité est celle qui a été le moins citée et retenue comme prioritaire par seulement 14.5% des médecins.

Le besoin de formation en ETP a été cité dans notre travail, presque autant de fois que le besoin d'informations sur les structures existantes. Plusieurs études ont montré que les médecins ne se sentent pas efficaces dans la pratique de l'ETP [19], et qu'ils déplorent le manque de formation universitaire initiale [26, 44, 45]. Paradoxalement, cette volonté de formation est retrouvée de façon variable dans différentes études publiées [19, 23, 29, 31, 44]. Suite à ce constat, le rapport JACQUAT de 2010 préconisait l'introduction de l'enseignement de l'ETP dans la formation initiale de tous les professionnels de santé [46]. La nouvelle génération de praticiens semble donc davantage sensibilisée à cette notion de pratique éducative ; une des solutions fréquemment mise en œuvre ces dernières années est l'intégration de l'ETP aux FMC et aux EPP. Dans notre étude, l'âge moyen est de 51ans ; l'ETP s'étant développé depuis une vingtaine d'années, il est possible qu'une majorité des praticiens interrogés n'ait pas ou peu été sensibilisée à cette pratique.

4.4.3.2 Les ressources extérieures :

Les médecins interrogés dans notre étude souhaitent avant tout bénéficier d'informations sur les structures de leurs secteurs. Cette notion a été citée à plusieurs reprises par certains praticiens dans les commentaires libres à la fin du questionnaire (*Annexe 3*). Lors des appels téléphoniques, j'ai souvent été amenée à rappeler les actions de Rest'O. Le taux de participation à l'étude pourrait être imputé en partie à cette méconnaissance, seuls les médecins informés pouvaient répondre à l'ensemble du questionnaire. De même, le nombre de patients par praticien ayant suivi le programme et le nombre de patients envoyés par leur praticien reste peu élevé (respectivement 1.79 patients et 1.17 patients). Les médecins ne pensent pas à envoyer leurs patients, Rest'O n'étant peut-être pas assez mis en lumière dans le paysage médical.

Cette méconnaissance a été retrouvée dans beaucoup de travaux dans la région Nord-Pas-de-Calais portant sur les réseaux à vocation éducative [16, 27, 28, 29, 41, 45] mais également à l'échelle nationale [26]. Actuellement, les informations relatives à la prise en charge de Rest'O transitent intégralement par les patients. La réalisation de brochures référençant les ressources locales pourrait permettre aux médecins d'orienter au mieux les patients.

4.4.3.3 L'outil informatique :

Ces dernières décennies ont été marquées par l'avènement des nouvelles technologies qui tendent à envahir tous les domaines de notre quotidien, y compris les sphères médicale et paramédicale. En 2009, 84.3% des cabinets de groupe et 74% des cabinets individuels utilisaient des dossiers patients informatisés [19, 47]. Plus

récemment, de nombreux programmes d'interventions interactives ont vu le jour et les études se sont multipliées sur le sujet de la « e-santé ». La principale idée ressortant de ces travaux est la supériorité de l'association de ces « e-thérapie » avec une intervention personnalisée par rapport à la prise en charge traditionnelle seule. Ainsi, les interventions basées sur le web doivent être réalisées en complément et non en remplacement des interventions avec le médecin [48]. Encore plus récemment, de nouveaux outils sont apparus rendant la pratique éducative encore plus accessible et plus présente dans le quotidien des patients : les applications sur smartphone [49], les programmes intégrant les réseaux sociaux [50], les « serious-game » [51], enfin l'apparition de réseaux sociaux regroupant exclusivement des patients souffrant des mêmes pathologies (type « PatientLikeMe »). Témoin de cette tendance, le site « dmd santé » évaluant les applications et les objets connectés liés à la santé a répertorié 257 applications à destination du grand public, 45 applications à destination de la relation médecin-patient et 156 à l'usage des professionnels de la santé en 2014 [52]. Des applications plus élaborées voient le jour actuellement tel que le logiciel Diabeo^o du laboratoire Sanofi-Aventis^o qui permettra au patient diabétique d'adapter ses doses d'insuline selon son alimentation et son activité physique. Une télétransmission automatique des résultats glycémiques sera réalisée au médecin référent. Ce logiciel faisant l'objet d'une prescription médicale est actuellement en cours d'évaluation dans le cadre de l'étude clinique Télésage.

Les jeux vidéo « actifs » (type « Wii » de Nintendo^o) sont également mis à profit dans la lutte contre l'obésité [53, 54]. Les résultats semblent encourageants lorsque la pratique de ces jeux est associée à d'autres actions.

Dans notre étude, les propositions d'outils connectés n'ont été que modérément appréciées par les médecins interrogés. Ce résultat pourrait être en relation avec l'âge

moyen des praticiens interrogés, ne souhaitant peut-être pas modifier leurs pratiques après de nombreuses années d'exercice. Il aurait été intéressant d'évaluer si les médecins les plus jeunes de l'étude étaient plus sensibles à ces technologies connectées.

De même, l'utilisation de logiciels de dépistage de l'obésité est la proposition la moins citée dans les deux questionnaires, par les médecins de l'étude. Ce type de logiciel pourrait s'avérer davantage utile chez l'enfant. Le programme CHOIS (Child Health and Obesity Informatics System) développé chez l'enfant aux Etats Unis permettrait de calculer un risque d'obésité future en prenant en compte notamment le poids, la taille, le lieu d'habitation [55]. Peu d'études françaises sont publiées dans la littérature à ce sujet ; un travail de thèse réalisé en 2006 se proposait de créer un outil informatique, intégré au logiciel médical permettant de dépister les individus à risque d'obésité, de faire l'évaluation de l'obésité, en incluant l'étude de ses déterminants, de ses conséquences somatiques, psychologiques et sociales tant chez l'adulte que chez l'enfant [56]. Il serait intéressant d'étudier les apports à long terme de ce type de logiciel.

Dans notre travail, les médecins se sont montrés davantage soucieux d'apporter leur aide aux patients pour l'équilibre alimentaire. Le besoin en « logiciels d'assistance et de conseil pour l'équilibre alimentaire » a été cité comme le plus important par 36.7% des médecins de notre étude. Expliquer l'équilibre alimentaire et le mettre en place est un des paramètres indispensables de l'ETP en obésité. En témoignent les nombreux logiciels existants tels que Nutri-expert°, Nutri-advice° [57], ou la programmation linéaire [58].

Notons que dans notre étude, nous n'avons pas proposé aux médecins interrogés d'outils informatiques permettant la réalisation du bilan éducatif et la conservation de ces données. Aucun médecin n'a d'ailleurs énoncé ce besoin. L'HAS a émis des recommandations sur la tenue d'un dossier éducatif mais sans spécificité pour la médecine générale [59]. En me basant sur ma propre expérience de médecin remplaçant, j'ai constaté que les logiciels habituels de tenue du dossier médical semblent peu adaptés à la conservation de telles données. Soit les praticiens interrogés ici bénéficiaient déjà d'outils leur convenant pour cette mission, soit la réalisation de bilan éducatif était peu courante.

4.4.3.4 Les supports d'informations écrites :

Dans notre étude, la possibilité de distribuer des fiches de conseils diététiques a été appréciée par 59.4% des médecins interrogés. Cette volonté de distribuer des conseils écrits aux patients a été retrouvée dans plusieurs autres études [26, 28, 60, 61]. Comme cité plus haut, elle s'inscrit dans la nécessité d'expliquer l'équilibre alimentaire au patient afin de pouvoir le mettre en place.

Un travail de thèse a montré que plus de 70% des médecins utilisaient des supports écrits dans leur démarche éducative en matière de nutrition [60]. Le fait de donner des informations écrites à un patient pendant ou à la fin de la consultation est un gain de temps pour le médecin généraliste. Cela initie une prise en charge mais ne peut être efficace et suffisant seul.

4.5 Les limites de Rest'O et les perspectives d'amélioration :

Rest'O proposait une activité thérapeutique limitée dans le temps (12 semaines jusqu'en 2014), alors que les patients nécessitent un soutien et un encouragement à long terme afin de maintenir leur motivation et leur changement de comportement. Cette notion a été retrouvée dans d'autres études réalisées dans la région Nord-Pas-de-Calais [16, 29]. Un suivi prolongé ou la remise de protocole de suivi aux médecins traitants pourrait être une piste d'amélioration.

Le deuxième frein qui limite la coopération entre l'association et les praticiens est la méconnaissance de cette structure et de ses actions. La plupart des commentaires libres réalisés par les médecins de l'étude allait dans ce sens (*Annexe 3*). Ce problème est également retrouvé dans d'autres études [16, 28, 29, 30]. Le lien entre les différents professionnels de santé et Rest'O se fait actuellement par l'intermédiaire d'un carnet contenant le Plan Personnalisé de Santé (PPS), propriété du patient, qui semble l'accompagner de façon irrégulière. Comprenant le Plan d'éducation thérapeutique, le Plan de soins et le Plan d'aide, le PPS fait partie des critères d'évaluation recommandés par la circulaire du 2 mars 2007 [62] et se doit de transiter entre tous les acteurs concernés notamment le médecin traitant, ce qui ne semble pas le cas actuellement [13].

Un des objectifs actuels du Ministère de la Santé est le développement de la Télémédecine, une composante de la « Télésanté », qui apporterait des solutions aux défis actuels du système de soins (inégalités d'accès aux soins, contraintes économiques, démographie médicale, décroisement du système). Les conditions de sa mise en œuvre et de son organisation sont désormais inscrites dans le Code de la Santé Publique [63]. Dernièrement, le Ministère de la Santé a souhaité mettre en

place un Dossier Médical Partagé (DMP) pour tous les patients pris en charge par une structure intégrant un réseau afin de faciliter la communication entre intervenants.

Grace au DMP et aux premières applications du Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé, de nouvelles perspectives sont envisagées actuellement pour l'ensemble des systèmes d'informations de santé [64].

Pour pallier aux défauts de communication, la création d'une plateforme multimodale permettrait une meilleure circulation des informations concernant le patient entre professionnels de santé. Un tel projet est d'ailleurs en cours d'initiation par Madame le Professeur Romon, Monsieur le professeur Duhamel et leur équipe. La proposition de création d'une plateforme multimodale est la deuxième suggestion la plus citée par les médecins de notre étude. A ce jour, ces structures bien qu'utilisées dans des spécialités variées restent peu nombreuses, et peu d'études rencontrées dans la littérature traitent déjà de leur efficacité [65, 66, 67, 68].

Enfin, Rest'O, bien que se voulant proche géographiquement du patient, n'est présent que dans un territoire limité et beaucoup de patients défavorisés socialement n'ont pas accès à ses services. Ce reproche a déjà été formulé dans d'autres études portant sur des structures locales d'ETP [16, 27].

D'autres perspectives d'amélioration à l'accès et la pratique de l'ETP en obésité ont déjà été proposées par les praticiens de soins primaires mais n'ont pas été citées par les médecins interrogés de ce travail. On notera :

- l'obtention d'une codification spéciale pour les consultations diététiques et d'ETP [19, 26, 28, 30, 44],
- l'allègement des charges administratives [28, 29],

- un meilleur accompagnement psycho comportemental pris en charge financièrement [29]. Cette proposition a été citée par un seul médecin de notre étude (*Annexe 3*).

5. Conclusion :

L'ETP semble être une des solutions contre l'augmentation actuelle de la prévalence de l'obésité en France. Son efficacité s'en trouve renforcée si l'intervention auprès du patient est prolongée et réalisée par des acteurs multiples dont le médecin traitant. Pour pallier au manque de temps des médecins généralistes, les pratiques éducatives peuvent être déléguées à des structures autonomes telles que Rest'O.

Notre travail a montré que les praticiens sont satisfaits du travail de Rest'O, qui offre un partenariat et une prise en charge pluridisciplinaire.

Les médecins de notre étude ont souligné l'importance de leur rôle et de celui de Rest'O dans la motivation au changement du patient.

Bien qu'en plein essor actuellement, les outils informatiques ont été diversement appréciés dans cette étude, l'attention des médecins s'étant portée sur l'aide informatique pour l'équilibre alimentaire, une des composantes indispensables à la perte de poids.

Ce qui semble faire défaut aux praticiens de soins primaires est le manque de connaissances des structures locales, problème déjà soulevé par d'autres études régionales et nationales. Avec l'avènement de la télémédecine et du DMP, la création d'une plateforme multimodale permettrait une meilleure communication entre les médecins généralistes et les associations de pratique éducative.

Bibliographie

- [1] Organisation mondiale de la santé : Obésité : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale : rapport d'une consultation de l'OMS, Genève, 2003, [cité le 9/05/2015], consultable sur http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/fr/
- [2] Midthjell K, Kruger O, Holmen J, Tverdal A, Claudi T, Bjorndal A, Magnus P. Rapid changes in the prevalence of obesity and known diabetes in an adult Norwegian population. The Nord-Trondelag Health Surveys: 1984-1986 and 1995-1997. *Diabetes Care* 1999; 22: 1813-20.
- [3] Prentice A, Jebb S. Obesity in Britain: gluttony or sloth. *BMJ* 1995; 311: 437-9.
- [4] International Obesity Task Force and European Association for the Study of Obesity Obesity in Europe : The Case for Action (2002).
- [5] Institut Roche de l'Obésité, INSERM. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Enquête ObEpi-Roche 2012.
- [6] Corinne Emery, Jérôme Dinet, Antoine Lafuma, Catherine Sermet, Babak Khoshnoo, Francis Fagnani, Évaluation du coût associé à l'obésité en France, *La Presse Médicale*, Vol 36 - N° 6-C1, P. 832-840 - juin 2007.
- [7] Plan Obésité 2010-2013, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, [cité le 2/6/2015], consultable sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf
- [8] Programme national Nutrition Santé 2011-2015, [cité le 3/6/2015], disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/programme-national-nutrition-sante-2011-2015.html>
- [9] Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, traduit en français en 1998, [cité le 3/6/2015], disponible sur www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf
- [10] Sandrin-Berthon B. L'éducation du patient au secours de la médecine. Paris (France) : PUF ; 2000, p. 35.
- [11] Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet 2009, [cité le 2/6/2015] consultable sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

- [12] D'Ivernois JF., Gagnayre R. Mettre en œuvre de l'éducation thérapeutique. Actualité et dossiers en santé publique. 2001 ; 36 : 11-3.
- [13] HAS, L'ETP : définition, finalités et organisation, Juin 2007. [Cité le 3/6/2015] Consultable sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
- [14] Lacroix A, Assal JP L'éducation thérapeutique des patients : nouvelle approche de la maladie chronique, Paris, Maloine, 2003.
- [15] William R. Miller, Stephen Rollnick, Motivationnal Interviewing, Third Edition : Helping People Change, L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement, 2^{ème} édition, The Guilfort Press, 2013.
- [16] Bouchez T., Prise en charge du patient obèse dans le Nord-Pas-de-Calais : fonctionnement de la triangulation entre le patient, le médecin généraliste et le réseau OSEAN : étude qualitative des représentations du parcours de soins, des rôles du réseau et du médecin généraliste chez les médecins généralistes ayant un patient obèse pris en charge dans le réseau OSEAN, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Droit et de Santé Lille 2, 29 octobre 2010.
- [17] Le Breton-Lerouillois G., Atlas de la démographie médicale en France situation au 1^{er} janvier 2014, Conseil National de l'Ordre des Médecins, [cité le 28/9/2015], consultable sur http://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf.
- [18] Démographie des professionnels de santé, Etat des lieux en région Nord - Pas-de-Calais, Agence Régionale de Santé Nord-Pas-De-Calais, [cité le 28/9/2015], disponible sur http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/Votre_ARS/votre_ars/publication/Etat_des_lieux_version_definitive2012.pdf
- [19] Gautier A., Fournier C., Baromètre santé médecins généralistes 2009. Inpes Coll Baromètres santé. 2011.
- [20] World Health Organization (WHO) Adherence to long-term therapies, time for action, Genève, WHO 2003: 211p.
- [21] Reach G., la non-observance thérapeutique : une question complexe, un problème crucial de la médecine contemporaine. Médecine, 2006, volume 2, n°9, p : 411-415.
- [22] Fournier C., Attali C. Education (thérapeutique) du patient en médecine générale. Médecine. 1 mars 2012 ; 8(3) : 123-8.
- [23] Bourit O., Drahi E. Education thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. Médecine, 1 mai 2007 ; 3(5) :229-34.

[24] Fournier C., Buttet P. Education du patient dans les établissements de santé français – INPES, Evolutions n° 9 Mars 2008.

[25] Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative par Monsieur Christian SAOUT, Président Collectif inter associatif sur la santé, « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient », septembre 2008, [cité le 14/09/2015] consultable sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf

[26] Fournier C., Gautier A., Attali C., Bocquet-Chabert A., Mosnier-Pudar H., Aujoulat I. et al. Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2009 ; 42 :43.

[27] Gilbert N., Etat des lieux du travail des médecins généralistes en lien avec les réseaux d'éducation thérapeutique. Etude qualitative réalisée auprès de 14 praticiens du bassin Lensois, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Droit et de Santé Lille 2, 19 décembre 2014.

[28] Yvergniaux-Waeterloos M., Etude des représentations, pratiques et attentes des médecins généralistes du bassin Lensois en matière d'éducation thérapeutique. Etude qualitative réalisée auprès de 14 médecins généralistes, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Droit et de Santé Lille 2, 19 décembre 2014.

[29] Hybiak A., Contraintes et attentes en éducation thérapeutique du patient chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Droit et de Santé Lille2, 12 février 2015.

[30] Fayemendya P., Avodéb z., Prise en charge de l'obésité : quel est le niveau de formation des médecins généralistes du département de la Haute-Vienne et comment perçoivent-ils leur pratique ? Cahiers de Nutrition et de Diététique, 4 septembre 2011 Volume 46, Pages 199–205.

[31] URML Midi-Pyrénées. Pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi Pyrénées. 2010.

[32] Snethen JA, Broome ME, Cashin SE. Effective weight loss for overweight children: A meta-analysis of intervention studies. J Pediatr Nurs 2006; 21:45-56.

[33] Codeville E., Bilan à 18 mois de la prise en charge d'enfants obèses par le programme pluridisciplinaire du réseau de santé Diabhainaut, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Droit et de Santé Lille 2, 4 juin 2014.

[34] Lang A, Froelicher ES. Management of overweight and obesity in adults: Behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. Eur J Cardiovasc Nurs 2006; 5:102-14.

- [35] Booth HP., Prevost TA., Wright AJ., Effectiveness of behavioural weight loss interventions delivered in a primary care setting: a systematic review and meta-analysis, *Fam Pract.* 2014 Dec; 31(6):643-53.
- [36] Golay A, Buclin S, Ybarra J, et al. New interdisciplinary cognitivebehavioural-nutritional approach to obesity treatment: A 5-year follow-up study. *Eating Weight Disord* 2004; 9:29-34.
- [37] Brown A., Gouldstone A., Description and preliminary results from a structured specialist behavioural weight management group intervention: Specialist Lifestyle Management (SLiM) programme, *BMJ Open.* 2015 Apr 8; 5 (4).
- [38] Code la santé publique-Article L4130-1, Légifrance, [cité le 21/09/2015] consultable sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020885673&dateTexte=&categorieLien=cid>
- [39] Mission Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, Collège national des Généralistes Enseignants, référentiel métier et compétences de médecins généralistes, juin 2009.
- [40] Lenoir L., Maillot M., Guilbot A., Ritz P. Primary care weight loss maintenance with behavioral nutrition: An observational study, *Obesity (Silver Spring).* 2015 Sep; 23(9):1771-7. doi: 10.1002/oby.21157.
- [41] Diligent T., État des connaissances et pratiques en éducation thérapeutique du patient chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Droit et de Santé Lille 2, 12 février 2015.
- [42] Bras P-L., Duhamel G., rapport sur la Formation Médicale Continue et évaluation des Pratiques Professionnelles des médecins, Inspection générale des affaires sociales, novembre 2008, [cité le 22/09/2015] consultable sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000751.pdf>
- [43] Coulon B., La formation médicale continue, d'une nécessité à une logistique contraignante, selon les médecins bourguignons, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Bourgogne, Dijon, 2012.
- [44] Turban F., Education thérapeutique du patient en médecine générale : représentations, pratiques et attentes des praticiens de la Somme, thèse pour le diplôme de docteur en médecine, Université de Picardie, 2008.
- [45] Huerre MC., Louve ZB., Education du patient : définitions, enjeux, limites et propositions des médecins généralistes. Etude réalisée sur l'arrondissement de Douai. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Droit et de Santé Lille 2, 26 juin 2003.

- [46] Jacquat D., Education thérapeutique du patient : Propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne. Rapport au premier ministre. Juillet 2010, [cité le 22/09/2015] disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Education_therapeutique_du_patient.pdf
- [47] Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009, Questions d'économie de la Santé, n° 157, septembre 2010.
- [48] Wieland LS, Falzon L, Sciamanna CN, Trudeau KJ, Brodney S, Schwartz JE et al. Interactive computer-based interventions for weight loss or weight maintenance in overweight or obese people. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8:CD007675.
- [49] Bacigalupo R, Cudd P, Littlewood C, Bissell P, Hawley MS, Buckley WH. Interventions employing mobile technology for overweight and obesity: an early systematic review of randomized controlled trials. *Obes Rev* 2013; 14(4):279-291.
- [50] Merchant G, Weibel N, Patrick K, Fowler JH, Norman GJ, Gupta A et al. Click "like" to change your behavior: a mixed methods study of college students' exposure to and engagement with Facebook content designed for weight loss. *J Med Internet Res* 2014; 16(6):e158.
- [51] Diehl LA, Souza RM, Alves JB, Gordan PA, Esteves RZ, Jorge ML et al ; InsuOnline, a Serious Game to Teach Insulin Therapy to Primary Care Physicians: Design of the Game and a Randomized Controlled Trial for Educational Validation. *JMIR Res Protoc* 2013; 2(1):e5.
- [52] Debussche X., Education thérapeutique et smartphone : le concept de m-santé, Diabète & Obésité, Juin 2014, vol. 9, numéro 80.
- [53] Trost SG, Sundal D, Foster GD, Lent MR, Vojta D. Effects of a pediatric weight management program with and without active video games: A randomized trial. *JAMA Pediatr* [Internet]. Mars 2014.
- [54] Gribbon A., Mac Neil J., Jay O., Active video games and energy balance in male adolescents: a randomized crossover trial. *Am J Clin Nutr.* 2015 Jun; 101(6):1126-34. doi: 10.3945/ajcn.114.105528. Epub 2015 Mar 11.
- [55] Datta AK., Jackson V., Nandkumar R., CHOIS: enabling grid technologies for obesity surveillance and control. *Stud Health Technol Inform.* 2010; 159:191-202.
- [56] Terrier M., Procédure informatisée de soins en médecine générale sur la prévention et la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'adulte et l'enfant, thèse pour le diplôme de docteur en médecine, Université Joseph Fourier, Grenoble, 2006.

- [57] Turnin M.C., Bourgeois O., Cathelineau G., Leguerrier A.M., Halimi S., Sandre-Banon D., and all, Multicenter randomized evaluation of a nutritional educational software in obese patients. *Diabetes and Metabolism*, 27:139–147, 2001.
- [58] Darmon N., Moy F., Un outil à découvrir en nutrition humaine : la programmation linéaire, *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, décembre 2008, volume 43, numéro 6 pages 303-312 Doi : 10.1016/S0007-9960(08)75572-X.
- [59] HAS, ETP Principales rubriques du dossier patient, Juin 2007, [cité le 25/09/2015], consultable sur www.has-sante.fr/.../structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champs-des-maladies-chroniques
- [60] Le Lay E. Les médecins généralistes et la nutrition santé, thèse pour le diplôme de doctorat en médecine, Université Paris 7, 2009.
- [61] Gruaz D., Fontaine D. Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes. Lyon : ORS Rhône-Alpes, février 2004 : 51 p.
- [62] Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM, [cité le 25/09/2015] disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040067.htm>
- [63] Article R6316-1 du Code de la Santé Publique créé par Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 - art. 1, [cité le 26/09/2015] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&categorieLien=id>
- [64] Cadre d'interopérabilité des SIS, Agence des systèmes d'information partagés de santé, novembre 2012, [cité le 26/09/2015] consultable sur http://esante.gouv.fr/sites/default/files/CI-SIS_DOC-CHAPEAU_V1.3.1_0.pdf.
- [65] Hoffmann A., Gohlk H., Bachmann W., la Fondation Suisse de Cardiologie lance une plateforme internet interactive, *Bulletin des médecins suisses | Schweizerische Ärztezeitung* | 2013;94: 44.
- [66] Noury N., Ailisa plateformes d'évaluations pour des technologies de télésurveillance médicale et d'assistance en gériatrie, *Gérontologie et société* 2005/2 (n° 113) Pages : 146, DOI : 10.3917/g.s.113.0097.
- [67] Vallet A., Intérêts et perspectives d'une plateforme de télémédecine en médecine libérale : étude prospective sur la population de médecins libéraux des Hautes-Alpes, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université d'Aix-Marseille II, 2011.

[68] Turnin M., Schirr-Bonnans S., Chauchard M., Martini J. and all, P279 EDUC@DOM : évaluation de l'efficacité d'un programme de télésurveillance au domicile et de son coût dans la prise en charge de patients diabétiques de type 2 recrutés à partir d'un réseau de soins, Diabetes & Metabolism, Mars 2014, volume 40, supplement 1, pages A93.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes :

Questionnaire à l'attention des médecins généralistes ayant un ou plusieurs patients pris en charge par l'association Rest'O

Madame, Monsieur,

Je réalise mon travail de thèse de médecine générale avec l'aide de Mme le Professeur Romon, chef de service au CHRU de Lille dans le service de nutrition ; le sujet porte sur l'évaluation de l'efficacité de la prise en charge des patients par l'association Rest'O. Dans le cadre de cette étude, nous souhaitons connaître le ressenti des médecins généralistes quant à la prise en charge de Rest'O. Une deuxième partie est consacrée à la lutte plus globale contre l'obésité et aux besoins des médecins généralistes dans ce combat.

Un questionnaire a donc été envoyé à tous les médecins généralistes ayant un patient qui a participé ou participe aux séances de l'association.

Je vous remercie pour le temps (moins de 4 minutes) que vous accorderez à remplir ce questionnaire. Vous trouverez ci-jointe une enveloppe timbrée avec mes nom et adresse pour me retourner le questionnaire.

Camille HUMBERTCLAUDE

1) Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

2) Votre âge :

3) Année de thèse :

4) Votre zone d'activité : Rurale

Semi-rurale

Urbaine

5) Combien de vos patients ont suivi le programme de l'association Rest'O ?

6) Combien en avez-vous envoyé directement ?

Parlons à présent un peu de vous et de votre opinion sur la prise en charge de l'obésité :

1) Comment voyez-vous votre rôle dans la prise en charge de vos patients obèses ?

a) Leur donner des conseils (diététiques sur le réapprentissage culinaire, modifications des habitudes de vie,...) :

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord				tout à fait d'accord

b) Les motiver dans leur changement :

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord				tout à fait d'accord

c) Les accompagner durablement dans leur changement :

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord				tout à fait d'accord

d) Les orienter vers les autres professionnels de santé (diététiciens, psychologues, endocrinologues, chirurgiens,...) :

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord				tout à fait d'accord

2) Qu'attendez-vous de l'association ?

a) Qu'elle donne des informations au patient sur l'alimentation :

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord				tout à fait d'accord

b) Qu'elle motive le patient à changer :

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord				tout à fait d'accord

c) Qu'elle vous donne des protocoles de suivi :

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord				tout à fait d'accord

d) Une perte de poids concrète et durable :

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord				tout à fait d'accord

e) Un mieux-être :

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord				tout à fait d'accord

f) Un suivi sur le long terme :

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord				tout à fait d'accord

3) D'une manière générale, de quoi auriez-vous besoin pour être aidé dans votre prise en charge de l'obésité ?**- D'informations sur les structures vers qui orienter le patient :**

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord				tout à fait d'accord

- **De formations théoriques et pratiques sur la nutrition en général :**

1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord

tout à fait d'accord

- **De formations théoriques et pratiques sur l'entretien motivationnel et d'une manière générale sur l'éducation thérapeutique du patient :**

1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord

tout à fait d'accord

- **D'outils d'aide : entourez la ou les réponses qui vous semble(nt) pertinente(s) :**

- **Outils informatiques :**

- i. **Pour vous :**

- 1. **Plateforme permettant une meilleure coordination entre le médecin généraliste et les autres professionnels de santé**

- 2. **Logiciel de suivi biomédical et dépistage du patient obèse**

- 3. **Autres : précisez :**

- ii. **Pour le patient :**

- 1. **Logiciel d'assistance et de conseil pour l'équilibre alimentaire**

- 2. **Outils connectés permettant de motiver à l'activité physique**

- 3. **Outils connectés permettant la quantification et l'optimisation de l'activité physique**

- 4. **Autres : précisez :**

- **Fiches de conseils diététiques à distribuer aux patients :**

- **Autres : précisez :**

Annexe 2 : Second questionnaire envoyé aux médecins généralistes :

1) Comment voyez-vous votre rôle dans la prise en charge de vos patients obèses ? Entourez uniquement les 2 réponses vous semblant les plus pertinentes, en les priorisant (notez un petit 1 devant celle qui vous semble la plus importante) :

- a) Leur donner des conseils (diététiques sur le réapprentissage culinaire, modifications des habitudes de vie,...)
- b) Les motiver dans leur changement
- c) Les accompagner durablement dans leur changement
- d) Les orienter vers les autres professionnels de santé (diététiciens, psychologues, endocrinologues, chirurgiens,...)

2) Qu'attendez-vous de l'association Rest'O ? Entourez uniquement les 2 réponses vous semblant les plus pertinentes, en les priorisant (notez un petit 1 devant celle qui vous semble la plus importante) :

- a) Qu'elle donne des informations au patient sur l'alimentation
- b) Qu'elle motive le patient à changer
- c) Qu'elle vous donne des protocoles de suivi
- d) Une perte de poids concrète et durable
- e) Un mieux-être
- f) Un suivi sur le long terme

3) D'une manière générale, de quoi auriez-vous besoin pour être aidé dans votre prise en charge de l'obésité ? Entourez uniquement les 2 réponses vous semblant les plus pertinentes, en les priorisant (notez un petit 1 devant celle qui vous semble la plus importante) :

- a) D'informations sur les structures vers qui orienter le patient
- b) De formations théoriques et pratiques sur la nutrition en général
- c) De formations théoriques et pratiques sur l'entretien motivationnel et d'une manière générale sur l'éducation thérapeutique du patient

4) De quels outils d'aide informatiques auriez-vous besoin ? Entourez uniquement les 2 réponses vous semblant les plus pertinentes, en les priorisant (notez un petit 1 devant celle qui vous semble la plus importante) :

- a) Plateforme permettant une meilleure coordination entre le médecin généraliste et les autres professionnels de santé
- b) Logiciel de suivi biomédical et dépistage du patient obèse
- c) Logiciel d'assistance et de conseil pour l'équilibre alimentaire
- d) Outils connectés permettant de motiver à l'activité physique
- e) Outils connectés permettant la quantification et l'optimisation de l'activité physique

Merci de votre aide.

Annexe 3 : Propositions et commentaires libres faits par les médecins généralistes en fin de questionnaire, concernant leurs besoins dans leur lutte contre l'obésité :

- « Une prise en charge multidisciplinaire serait souhaitable mais aussi acceptation par le corps médical des coaching 90 dont les résultats sont spectaculaires »
- « un accompagnement psychologique adapté (TCC par exemple) et pris en charge +++ »
- « si seulement ils nous écoutaient et ne nous disaient pas "oui" bêtement : " oui docteur on va le faire" en pensant quand va-t-il nous lâcher...!!! Mais il faut répéter sans arrêt la même chose car un jour ils nous écoutent et changent suite à un événement dans leur vie. »
- « une présence plus importante des associations Rest'O sur le territoire. Trop de vide dans la répartition. »
- « Prise en charge pluridisciplinaire au niveau local/ professionnels de santé, prise en charge des problèmes sociaux et environnementaux, de santé mentale, reprise d'une activité physique.... »
- « Avoir un retour sur votre prise en charge des patients que nous vous adressons. Faire connaître votre association que j'ai connue par l'intermédiaire d'une de mes patientes. Ayant connu vie et mort d'autres associations... »
- « bonne coordination avec les structures encadrantes donc plus de communication et d'échanges avec ces structures, de remontées d'informations »
- « Rencontre avec diététiciennes »
- « fiches claires et simples à remettre aux patients »
- « meilleur contact "ville-hôpital" »
- « attention à la multiplication d'informations inutiles et à la multiplication des structures »
- « accès simplifié à la chirurgie sans rédaction d'un courrier de motivation du patient»
- « communication entre les professionnels libéraux et l'association »
- « l'important dans la prise en charge de l'obésité c'est un bon relationnel avec le patient »
- « meilleure coordination avec les différents intervenants »

AUTEUR : Nom : HUMBERTCLAUDE

Prénom : Camille

Date de Soutenance : 3 décembre 2015

Titre de la Thèse : « Changer pour mieux être » : Evaluation du programme, des attentes et des besoins des médecins généralistes dans le parcours de soins du patient obèse en ambulatoire.

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Diplôme d'Etudes Spécialisées Médecine Générale

Mots-clés : éducation thérapeutique - obésité - médecine de soins primaires

Résumé :

Introduction : Rest'O est une association à but non lucratif créée en 1999, proposant un programme d'ETP « Changer pour mieux-être » de 12 semaines, aux patients obèses défavorisés de la région Lilloise. Notre objectif est d'évaluer le ressenti des médecins généralistes quant au travail de Rest'O, puis leurs rôles, attentes et besoins dans la lutte contre l'obésité en soins primaires.

Méthode : Une étude quantitative descriptive a été réalisée de février à juin 2015 auprès des médecins de Lille et de sa grande périphérie, ayant un ou plusieurs patients pris en charge par Rest'O de janvier 2010 à juin 2014. Deux questionnaires ont été envoyés, le second servant à faire préciser aux médecins un ordre de priorité dans les réponses du premier questionnaire.

Résultats : 104 médecins (33.0%) ont répondu au premier questionnaire et 84 praticiens parmi les répondants du premier questionnaire ont renvoyé le second document. 37.5% des médecins se disent très satisfaits de la prise en charge et 69.2% des généralistes pensent à adresser à nouveau des patients à l'association ; 49.4% des médecins estiment que leur principal rôle est de motiver le patient au changement, ce qu'ils attendent également de Rest'O. 53.0% des médecins interrogés souhaitent davantage d'informations sur les structures locales. Concernant l'outil informatique, leurs principaux besoins restent les logiciels de conseils pour l'équilibre alimentaire et l'utilisation de plateformes multimodales.

Conclusion : les praticiens reconnaissent l'utilité du travail de Rest'O mais de nombreux freins persistent pour une efficacité optimale, notamment une meilleure connaissance de cette structure. La création d'une plateforme multimodale permettrait une meilleure communication entre professionnels de santé et une meilleure collaboration avec le médecin traitant, pivot de la prise en charge du patient obèse.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Monique ROMON

Assesseurs :

Monsieur le professeur Alain DUHAMEL, Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE, Madame le Docteur Christine LEMAIRE, Monsieur le Docteur Denis DELEPLANQUE