



Implantés dans des quartiers dont la population cumule les facteurs de précarité, les centres de santé associatifs de Grenoble (AGECSA) sont confrontés à une prévalence importante d'obésité et à des patients en renoncements ou retards fréquents de soins.

Pour faire face à ces difficultés, l'AGECSA a mis en place depuis 2004 à la Villeneuve, puis sur le quartier Mistral, un programme de prise en charge ambulatoire coordonnée multidisciplinaire (médecins généralistes, diététiciens, professeur d'activités physiques adaptées (APA), psychologues). Financée par le GRSP, cette prise en charge est gratuite à l'exception d'une contribution d'1€ par séance d'APA. Ce programme vise les adultes mais également les enfants.

Depuis 2004, plus de 650 adultes et 170 enfants ont bénéficié de ce programme.



METHODE

Population de l'étude

Afin d'évaluer l'efficacité du programme, une étude rétrospective a été menée sur 418 patients de plus de 15 ans avec un IMC > ou égal à 25 kg/m² suivis dans les centres de santé de Grenoble (Arlequin, Géants, Mistral) entre août 04 et septembre 06.

Trois groupes de patients ont été déterminés :

- **Groupe 1 : PAS DE PRISE EN CHARGE PLURI PROFESSIONNELLE** (86 patients): Patients dépistés et pressentis comme intéressés par le programme nutrition mais n'ayant pas donné suite.

- **Groupe 2 : PRISE EN CHARGE PARTIELLE** (121 patients). Patients dépistés, ayant accepté d'entrer dans le programme mais ayant abandonné au bout d'une ou de deux consultations diététiques et n'ayant pas intégré ou poursuivi les activités physiques adaptées (APA).

- **Groupe 3 : PRISE EN CHARGE OPTIMALE** (211 patients). Patients qui, après dépistage, ont intégré le dispositif de prise en charge pluri professionnelle avec un suivi régulier par le médecin généraliste, plus de deux consultations diététiques et facultativement ayant participé aux APA, et / ou un suivi psychologique.

RESULTATS:

La différence entre les trois types de prise en charge (PEC) en terme de variation de poids à un an est significative (p < 0,01) avec une prise de poids de +1,7 kg dans le groupe 1, une perte de poids de -0,3 kg dans le groupe 2, et de -3,3 kg en moyenne dans le groupe 3

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Pop totale	p =
	86 (20.5%)	121 (28.9%)	211 (50.5%)	418 pers	
Variation poids (kg)	+1,7 ±3,3	-0,3 ±2,8	-3,3 ±3,9	-1,4 ±4	< 0.01
% Var IMC	+2.0 ±3,9	-0.2 ±3.3	-3.7 ±4.3	-1,5 ±4.6	< 0.01
Perte d'IMC > 0%	28 (33%)	74 (61%)	193 (91%)	295 (71%)	< 0.01
Perte d'IMC > 5%	1 (1%)	6 (5%)	63 (30%)	70 (17%)	< 0.01

Variation du poids et de l'IMC en fonction de la prise en charge

La variation moyenne d'IMC chez les hommes est sensiblement la même que celle des femmes, le sexe n'influe donc pas la variation de l'IMC (p=0,62, non significatif).

Par contre l'âge a un impact : les personnes jeunes perdent en moyenne moins de poids (-0,9%) que les personnes plus âgées (-2%), et cette différence est significative.

La motivation a son importance : les personnes motivées ont perdu plus de poids (-2,1%) que les personnes non motivées (-0,6%).

La vulnérabilité sociale n'influence pas le résultat des soins, puisqu'il n'y a pas de différence significative entre la variation d'IMC des personnes jugées en condition de précarité et les autres patients.

Parmi les facteurs de risque cardio-vasculaire que sont le diabète, l'hypertension et l'hypercholestérolémie, il n'y a pas de différence entre les personnes atteintes et les autres.



DISCUSSION:

Le travail de prévention par une sensibilisation à une meilleure hygiène de vie (alimentation, activités physique régulière, écoute psychologique...) et un suivi médical régulier, de la part de l'ensemble du personnel du centre commence à porter ses fruits en matière de réduction pondérale. L'ambition pour 2009 sera d'augmenter la motivation à débiter une prise en charge des personnes dépistées et de diminuer le renoncement aux soins de ce type de population en formant les professionnels aux techniques motivationnelles (roue de Prochaska).

Ce programme est indispensable pour les patients mais aussi pour les professionnels des centres de santé. Son efficacité a été démontré par les résultats présentés mais aussi par de nombreuses améliorations moins quantifiables comme la qualité de vie, l'état psychique... des personnes suivies.

Dr Deher/ Dr Baudet: médecins responsables programme
S. Schmitt/ C. Dias: diététiciens
L. Bouabsa: professeur en Act. Phys. Adaptées
C. Janin: psychologue
D. Dubois Fabing : coordinatrice de prévention
dubois-fabing@agecsa.fr- 04 76 22 96 53

DIFFERENTS MODES D'ACTION

Diététicienne: Entretien personnalisé, ateliers cuisine, travail avec structures du quartier

Professeur APA: 7 créneaux différents (collectifs, petits groupes de 2 à 3 personnes)

Psychologue: Entretien personnalisé, groupe pour les parents



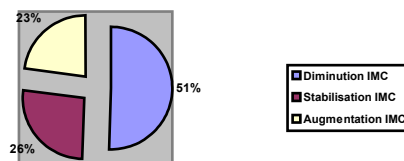
Arrêt de la PEC (en 2009)

60% ont arrêté la PEC

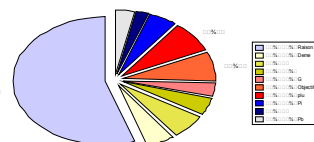
9,3% (sur 600 patients) ont atteint leur objectifs ou n'ont plus besoin de PEC (moyenne de 5,5 consultations)

15% n'ont eu qu'une seule consultation

Abandons et variation IMC à la dernière consultation diététique (332 patients)



Motifs des abandons de PEC diététique



Les personnes précaires n'abandonnent pas plus que les autres

PERPECTIVES:

L'AGECSA a débuté en 2008 avec le service de médecine scolaire de la ville de Grenoble, l'Observatoire du Non Recours aux Soins et le CHU, une expérimentation sociale financée pour 3 ans par la DIIIESES. Ce projet vise à renforcer la prise en charge précoce de l'obésité par un dépistage systématique en petite, grande section de maternelle et CE2 et une coordination avec les médecins traitants. L'évaluation portera notamment sur l'efficacité du programme et les facteurs d'adhésion, de refus ou d'abandon de la prise en charge