

Comparaison des caractéristiques de patients obèses hospitalisés ou pris en charge en ambulatoire par un réseau, dans le département de l'Essonne

Comparison of the characteristics of obese inpatients from an aftercare institution and obese outpatients from a healthcare network in Essonne

J.-P. Lamandé¹, D. Galtier^{1, 2}, A. Alexis¹,
E. Roy¹, L. Socha², C. DeFrance²,
B. Darné³, B. Pannier^{1, 2}, J. Raison^{1, 2}

¹ Réseau ROMDES, Ris-Orangis.

² Unité médicalisée de l'obésité,
Centre hospitalier Manhès, Fleury-Mérogis.

³ Monitoring Force Group, Maisons-Laffitte.

Résumé

La présente étude a comparé les caractéristiques de patients obèses suivis dans deux structures différentes : une structure hospitalière de soins de suite (Unité médicalisée de l'obésité, UMO) et un réseau de santé de proximité (réseau ROMDES). Les patients, 966 patients hospitalisés à l'UMO et 857 patients inclus dans le réseau ROMDES, sont majoritairement atteints d'obésité sévère (indice de masse corporelle [IMC] moyen $\geq 35,0$ kg/m²) et de sexe féminin (> 80 %). Les deux facteurs discriminants sont la sévérité de l'obésité et la note de comportement alimentaire. Les hommes, comme les femmes, hospitalisés à l'UMO rapportent plus de prises alimentaires extra-prandiales que les patients suivis par le réseau ROMDES. L'hospitalisation initiale de ces patients peut être utile dans les cas d'obésité sévère avec troubles du comportement alimentaire.

Mots-clés : Obésité – réseau de santé – troubles du comportement alimentaire – hospitalisation.

Summary

This study compared the characteristics of obese patients followed in two different systems: inpatients from an aftercare institution (Unité médicalisée de l'obésité, UMO) and outpatients from a local health network (ROMDES health network). The patients (966 inpatients and 857 outpatients) mainly suffer of severe obesity (mean BMI ≥ 35.0 kg/m²); most of them (>80%) being women. The two main discriminating factors are severe obesity and the note on eating behavior. Males, so as females, admitted in the UMO department report a higher number of between-meal food intakes than patients followed by the ROMDES network program. Initial hospitalization of those patients may be useful in cases of severe obesity with eating disorders.

Key-words: Obesity – health network – eating disorders – hospitalization.

Correspondance :

Jocelyne Raison

Réseau ROMDES
85 bis, route de Grigny
91130 Ris-Orangis
drjraison@gmail.com

Introduction

L'obésité croît rapidement en France, et de manière plus alarmante depuis le début des années 1990 ; mais, surtout, elle apparaît chez des personnes de plus en plus jeunes (16 % des enfants en surpoids versus 5 % en 1980) et frappe plus particulièrement les populations défavorisées (25 % des enfants défavorisés). Les pathologies associées à une mauvaise nutrition (les maladies cardiovasculaires entraînent 170 000 morts par an ; le diabète de type 2 [DT2] touche 2 millions de Français, mais également les cancers, l'ostéoporose, la dénutrition...) pèsent très lourd dans les dépenses de l'Assurance maladie (le coût associé à ces pathologies est estimé à 5 milliards d'euros par an, la part attribuée à la mauvaise nutrition atteindrait 800 millions d'euros) [1]. Le traitement de l'obésité, pathologie chronique, nécessite une approche thérapeutique multidisciplinaire (traitements médicamenteux, interventions paramédicales, activité physique) qui a montré son efficacité en termes de morbi-mortalité, et de réduction du risque cardiovasculaire et de DT2 [1-4].

Une prise en charge adaptée de ces patients obèses nécessite un bilan initial approfondi et un suivi rigoureux de l'ensemble des pathologies associées à l'obésité. Il existe actuellement deux types de structures adaptées à cette prise en charge multidisciplinaire :

- les réseaux de santé spécialisés dans la prise en charge de l'obésité en externe ;
- les unités médicales qui hospitalisent. Dans ce cadre d'hospitalisation, deux types de structures hospitalières peuvent prendre en charge l'obésité :
- celles qui, après un bilan initial complet, prodiguent des soins aigus (structures spécialisées) ;
- celles qui sont dédiées à la rééducation multidisciplinaire complexe (structures de soins de suite).

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité de la prise en charge sanitaire, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise

en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. » (article L. 6321-1 du Code de la santé publique).

L'objectif principal du présent article est de comparer les caractéristiques des patients obèses au sein d'un même département, l'Essonne, adressés par leur médecin traitant pour prise en charge :

- soit en ambulatoire dans un réseau de santé (Réseau d'obésité multidisciplinaire d'Essonne et Seine-et-Marne, réseau ROMDES) ;
- soit en hospitalisation, à l'Unité médicalisée de l'obésité (UMO) du Centre hospitalier Manhès, structure de soins de suite et de réadaptation (SSR) « obésité adultes ».

Méthodes

Méthodologie générale de l'étude

Cette étude est une étude épidémiologique rétrospective, comparant deux cohortes :

- l'ensemble des patients hospitalisés à l'Unité médicalisée de l'obésité (UMO) du Centre hospitalier Manhès (Fleury-Mérogis, Essonne), entre le 20 juin 2005 et le 12 octobre 2009 ;
- l'ensemble des patients ayant signé une charte dans le réseau ROMDES, entre le 16 décembre 2002 et le 28 décembre 2009.

La mission et le mode de fonctionnement du réseau ROMDES ont déjà été décrits par ailleurs [5]. Pour rappel, la mission du réseau ROMDES est d'organiser, optimiser et coordonner la prise en charge multidisciplinaire de l'obésité autour du médecin traitant, dans le département de l'Essonne. Le suivi des patients est de 2 ans. Le réseau a été créé en 2002.

Ont été inclus dans la présente analyse, les patients du réseau ROMDES, c'est-à-dire ceux ayant signé une charte et pour lesquels au moins l'un des trois documents suivants était disponible :

- le formulaire de la visite médicale complété par le médecin traitant du patient, au début de la prise en charge ;
- l'évaluation complétée par la psychologue et/ou l'évaluation complétée par la diététicienne du réseau ROMDES. Ces évaluations sont effectuées à l'inclusion dans le réseau ROMDES.

Questionnaires de comportement utilisés

L'UMO, ainsi que le réseau ROMDES, ont intégré dans leur fonctionnement l'utilisation de différents auto-questionnaires d'évaluation des comportements :

- questionnaire *Eating disorder inventory* (EDI), portant sur les désordres alimentaires [6]. Ce questionnaire permet d'analyser les paramètres suivants : désirs de minceur (DT), tendance à la compulsion (B), insatisfaction corporelle (BD), sentiment d'inefficacité personnelle (I), perfectionnisme (P), difficultés interrelationnelles (ID), difficultés de perception des émotions (IA), peur de la maturité (MF), ainsi que la note totale (sur 48) des réponses à ces paramètres ;
- questionnaire de RATHUS, portant sur l'affirmation de soi [7] ;
- questionnaire *Enquête diététique rapide*, permettant une évaluation des apports caloriques quotidiens moyens [8] ;
- questionnaire sur la qualité de l'alimentation, évaluée par rapport aux repères de consommation du Plan national nutrition santé (PNNS) [9] ;
- questionnaire sur le comportement alimentaire [9] ;
- questionnaire de qualité de vie [10].

Méthodes statistiques

L'analyse statistique est exploratoire. Elle a été réalisée par *Monitoring Force Group* (Maisons-Laffitte, Yvelines). Sauf précision complémentaire, moyenne \pm écart type sont présentés pour les paramètres quantitatifs continus, et effectifs (pourcentage) pour les autres paramètres.

Dans un premier temps, les deux populations, UMO et ROMDES, ont été comparées par des tests statistiques

classiques sur chaque critère. Dans un second temps, il a été décidé de comparer les deux conditions de prise en charge, indépendamment dans chaque sexe. En effet, la plupart des éléments analysés sont sexe-dépendants, avec une influence du sexe qui est différente dans les conditions de prise en charge. Les résultats de l'analyse séparée dans chaque sexe sont présentés ci-après.

Résultats

Caractéristiques générales de la population analysée

Sur les 400 médecins traitants ayant participé au réseau ROMDES sur la période de l'étude, 69 (17,3 %) médecins ont adressé des patients uniquement au réseau ROMDES, 21 (5,3 %) médecins ont adressé un ou plusieurs patients uniquement à l'UMO, et 95 (23,8 %) médecins ont adressé des patients aussi bien à l'UMO qu'au réseau ROMDES, soit 185 médecins au total. Il est à noter que plus d'un médecin sur deux participant au réseau (215 médecins, soit 53,6 %) n'ont adressé aucun patient obèse pour prise en charge par l'UMO et/ou le réseau ROMDES pendant la période analysée (du 16 décembre 2002 au 28 décembre 2009).

Au total, pour la période analysée, 966 (53,0 %) patients ont été hospitalisés à l'UMO et 857 (47,0 %) patients ont eu une évaluation initiale dans le réseau ROMDES. Il s'agit très majoritairement, et dans les deux groupes, de patients avec obésité sévère (indice de masse corporelle [IMC] ≥ 35 kg/m²) et de femmes. Le pourcentage de femmes est encore plus élevé dans le réseau ROMDES que parmi la population hospitalisée à l'UMO ($p < 0,01$) :

- UMO : n = 804 femmes (84,1 %) ;
- réseau ROMDES : n = 759 femmes (88,6 %).

Il est à noter que l'IMC est manquant chez 116 (13,5 %) des 857 patients pris en charge par le réseau ROMDES. Les médecins n'ont pas mesuré la taille de ces patients, ce qui pourrait indiquer que l'évaluation de la sévérité de l'obésité a été basée sur l'aspect morphologique et le retentissement de l'obésité, et que l'évolution du poids est l'élément pris en

compte par ces médecins pour le suivi plutôt que l'évolution de la corpulence. Il n'est pas mis en évidence de différence d'âge entre les deux groupes, alors que les sujets hospitalisés à l'UMO ont, en moyenne, une obésité plus sévère que les sujets du réseau ROMDES (tableau I). Les pathologies éventuelles associées à l'obésité sont, pour les patients du réseau ROMDES, mal documentées par les médecins traitants ; elles sont souvent non connues des patients UMO au moment de leur admission. Ainsi, à la simple question de savoir si le patient a un diabète ou une hypertension artérielle connus, lors de son hospitalisation à l'UMO ou de son inclusion dans le réseau ROMDES, la donnée est manquante chez près de la moitié des patients de ces deux groupes. Pour sa part, la question portant sur le syndrome d'apnées du sommeil n'est pas documentée par le médecin traitant chez plus de la moitié des patients (533 patients, soit 62,2 %) inclus dans le réseau ROMDES.

Le tableau II présente les résultats de la comparaison des deux groupes (UMO et ROMDES), chez les hommes et chez

les femmes, lors de leur admission à l'UMO ou lors du début du suivi dans le réseau ROMDES. Les hommes, comme les femmes, hospitalisés à l'UMO ont une obésité significativement plus sévère que les patients, hommes ou femmes, suivis en ambulatoire par le réseau. Il n'est pas mis en évidence de différence significative entre les deux groupes sur les autres paramètres cliniques chez les hommes. En revanche, la pression artérielle (systolique comme diastolique) est plus élevée chez les femmes suivies dans le réseau ROMDES.

Auto-questionnaires d'évaluation du comportement

Les auto-questionnaires portant sur les données psychologiques n'ont pas été complétés par près d'un patient sur deux (397 patients, soit 46,3 %) du réseau ROMDES, alors qu'ils ont été remplis, au moins partiellement, par la quasi-totalité des patients hospitalisés à l'UMO.

D'une manière générale, les patients ont plus facilement répondu aux auto-questionnaires d'évaluation diététique. En effet, seulement 4 patients (soit 0,4 %)

Tableau I : Principales caractéristiques des patients hospitalisés à l'UMO et des patients pris en charge dans le réseau ROMDES.

	UMO (n = 966)	ROMDES (n = 857)	p
Femmes, n (%)	804 (84,1 %)	759 (88,6 %)	< 0,01
Âge (ans)	45,6 ± 14,0	45,5 ± 12,9	0,80
IMC (kg/m ²)	37,5 ± 6,1	35,8 ± 4,8	< 10 ⁻⁴
PAS (mm Hg)	124 ± 15	128 ± 15	< 10 ⁻⁴
PAD (mm Hg)	77 ± 9	78 ± 9	< 0,01
Kcal/j	2 502 ± 594	2 419 ± 599	< 0,01
Qualité de vie	47,0 ± 18,0	47,8 ± 17,1	0,40
Questionnaire de RATHUS	5,7 ± 23,4	4,1 ± 24,0	0,27
IMC (kg/m ²), catégories	-	-	< 10 ⁻⁴
Manquant	4	116	-
[18-25]	9 (0,9 %)	1 (0,1 %)	-
[25-30]	64 (6,7 %)	53 (7,2 %)	-
[30-35]	271 (28,2 %)	325 (43,9 %)	-
[35-40]	321 (33,4 %)	225 (30,4 %)	-
[40-45]	191 (19,9 %)	111 (15,0 %)	-
[45-50]	74 (7,7 %)	22 (3,0 %)	-
≥ 50	32 (3,3 %)	4 (0,5 %)	-

IMC : indice de masse corporelle ; PAS : pression artérielle systolique ; PAD : pression artérielle diastolique.

et 83 patients (soit 9,7 %) de l'UMO et du réseau ROMDES, respectivement, n'ont pas réalisé cette évaluation.

Comportement alimentaire

Tous les paramètres relatifs à la diététique sont significativement différents entre les deux groupes chez les femmes (*tableau II*). Les femmes hospitalisées à l'UMO ont un apport calorique plus élevé et présentent davantage de troubles du comportement alimentaire que les femmes suivies dans le réseau ROMDES. En revanche, seule la note de comportement alimentaire diffère significativement entre les hommes : la note de comportement alimentaire est significativement plus faible chez les hommes hospitalisés à l'UMO, ce qui correspond à plus d'anomalies quantitatives et qualitatives de l'alimentation chez ces derniers ($p < 10^{-3}$).

La note de comportement alimentaire est meilleure chez les hommes suivis en ambulatoire, ceci traduisant une plus grande fréquence de prises alimentaires extra-prandiales chez les hommes hospitalisés à l'UMO, par rapport aux hommes suivis dans le réseau ROMDES.

Paramètres psychologiques

Les comparaisons des paramètres psychologiques dans chacun des sexes sont présentées dans le *tableau III*. Il n'est pas

mis en évidence de différence significative entre les deux groupes, à l'exception de la note concernant le perfectionnisme, significativement plus élevée chez les hommes hospitalisés à l'UMO ($p = 0,021$). Le résultat de l'auto-questionnaire RATHUS (affirmation de soi) est plus élevé chez les hommes, mais il ne diffère pas significativement entre les deux groupes de prise en charge chez les hommes (*tableau III*). Par ailleurs, l'insatisfaction corporelle (BD) semble plus marquée chez les femmes que chez les hommes.

Dans le questionnaire EDI, le niveau d'insatisfaction corporelle (BD, *tableau III*) n'est pas différent entre les femmes suivies dans le réseau ROMDES et celles hospitalisées à l'UMO, mais il reste clairement plus élevé, dans les deux groupes, chez les femmes que chez les hommes.

Discussion

Sur la période étudiée (4 ans pour l'UMO et 7 ans pour ROMDES), et sur une base de 400 médecins inscrits, dans le département de l'Essonne, au réseau ROMDES, près d'un médecin sur deux a eu recours à l'une ou l'autre des structures pour la prise en charge d'un patient obèse.

Parmi les patients pris en charge par ces structures spécialisées, on note une nette prédominance féminine (supérieure à 84 %), ainsi qu'une obésité plus sévère chez les patients pris en charge par l'UMO, ceci tant chez les hommes que chez les femmes.

Cette analyse montre, globalement, la même tendance de différence de profil entre les hommes et les femmes que celle déjà mise en évidence dans une précédente publication portant sur l'expérience du réseau ROMDES [5], ou par d'autres études [11].

À l'UMO, comme dans le réseau ROMDES, les hommes sont en moyenne plus âgés, plus souvent atteints d'une hypertension artérielle ou d'un diabète, ont un apport calorique plus important, ainsi qu'un score d'affirmation de soi (questionnaire de RATHUS) plus élevé que les femmes. En revanche, la boulimie (B) et l'insatisfaction corporelle (BD) sont moindres chez les hommes. Il a été montré que les femmes obèses, ou ayant une obésité sévère, ont une perception relativement correcte de leur corpulence, ceci indépendamment de l'insatisfaction corporelle [12].

L'insatisfaction corporelle des sujets obèses cherchant à maigrir est un facteur psychologique associé à la perte d'estime de soi et à la dépression [13]. Elle semble tout à la fois être

Tableau II : Comparaison des deux groupes de prise en charge (UMO et ROMDES) dans chacun des deux sexes, sur les paramètres cliniques et diététiques.

	Hommes			Femmes		
	UMO (n = 152)	ROMDES (n = 98)	p	UMO (n = 804)	ROMDES (n = 759)	p
Âge (ans)	49,2 ± 13,8	51,3 ± 12,2	0,22	45,0 ± 13,9	44,7 ± 12,8	0,72
IMC (kg/m ²)	37,7 ± 5,3	35,9 ± 5,5	0,011	37,5 ± 6,2	35,7 ± 4,7	< 10 ⁻⁴
PAS (mm Hg)	132 ± 15	133 ± 10	0,60	123 ± 13,9	128 ± 13	< 10 ⁻⁴
PAD (mm Hg)	79 ± 9	81 ± 9	0,38	76 ± 9	78 ± 9	< 0,01
Syndrome d'apnées du sommeil*	83 (54,6 %)	15 (46,9 %)	0,43	125 (15,5 %)	45 (15,4 %)	0,96
Diabète*	45 (47,9 %)	16 (43,2 %)	0,63	72 (17,9 %)	49 (13,1 %)	0,070
Hypertension artérielle*	70 (72,9 %)	27 (73,0 %)	0,99	194 (42,8 %)	132 (35,6 %)	0,034
Apports alimentaires (Kcal/j)	2 846 ± 671	2 716 ± 691	0,14	2 437 ± 555	2 381 ± 576	0,033
Note équilibre alimentaire/48	34,1 ± 5,2	33,3 ± 5,4	0,26	34,5 ± 5,1	33,9 ± 5,4	0,012
Note comportement alimentaire/48	29,4 ± 5,4	32,0 ± 6,5	< 10 ⁻³	27,1 ± 5,5	29,1 ± 6,3	< 10 ⁻⁴
Total note alimentaire/96	63,5 ± 8,0	65,4 ± 10,0	0,12	61,7 ± 8,4	62,9 ± 9,3	< 0,01

IMC : indice de masse corporelle ; PAS : pression artérielle systolique ; PAD : pression artérielle diastolique.

* Pourcentage calculé sur le nombre de patients chez qui la donnée considérée est documentée.

Tableau III : Comparaison des deux groupes de prise en charge (UMO et ROMDES) dans chacun des deux sexes, sur les paramètres psychologiques (questionnaire *Eating disorder inventory* – EDI – sur les désordres alimentaires [6], questionnaire de RATHUS sur l’affirmation de soi [7] et questionnaire de qualité de vie [10]).

		Hommes			Femmes		
		UMO (n = 152)	ROMDES (n = 98)	<i>p</i>	UMO (n = 804)	ROMDES (n = 759)	<i>p</i>
DT*	n (%)	152 (100 %)	45 (45,9 %)		787 (97,9 %)	309 (40,7 %)	
	m ± et	5,5 ± 4,0	5,2 ± 4,4	0,66	8,9 ± 5,3	8,9 ± 5,4	0,99
B*	n	0	53		17	450	
	m ± et	1,7 ± 2,8	1,0 ± 2,5	0,17	3,2 ± 3,9	3,4 ± 4,0	0,36
BD*	n	152 (100 %)	45 (45,9 %)		787 (97,9 %)	309 (40,7 %)	
	m ± et	12,9 ± 6,4	10,9 ± 5,4	0,058	20,2 ± 6,3	19,8 ± 6,3	0,32
I*	n	152 (100 %)	45 (45,9 %)		787 (97,9 %)	309 (40,7 %)	
	m ± et	3,6 ± 4,3	2,7 ± 3,1	0,19	6,1 ± 5,6	6,2 ± 5,8	0,93
P*	n	152 (100 %)	45 (45,9 %)		787 (97,9 %)	309 (40,7 %)	
	m ± et	4,5 ± 3,2	3,2 ± 3,0	0,021	4,5 ± 3,7	4,3 ± 3,6	0,41
ID*	n (%)	152 (100 %)	45 (45,9 %)		787 (97,9 %)	309 (40,7 %)	
	m ± et	4,3 ± 3,7	3,4 ± 2,5	0,48	4,6 ± 3,7	4,6 ± 3,7	0,90
IA*	n (%)	152 (100 %)	45 (45,9 %)		787 (97,9 %)	309 (40,7 %)	
	m ± et	3,8 ± 4,1	2,9 ± 3,7	0,08	6,7 ± 5,7	7,0 ± 5,9	0,34
MF*	n (%)	152 (100 %)	45 (45,9 %)		787 (97,9 %)	309 (40,7 %)	
	m ± et	4,8 ± 3,5	5,8 ± 4,2	0,54	4,5 ± 3,6	4,7 ± 3,3	0,69
Questionnaire de RATHUS	n (%)	152 (100 %)	44 (44,9 %)		803 (99,9 %)	308 (40,6 %)	
	m ± et	15,4 ± 20,8	19,2 ± 17,7	0,27	3,8 ± 23,2	1,9 ± 24,1	0,23
Qualité de vie	n (%)	152 (100 %)	54 (55,1 %)		801 (99,6 %)	406 (53,5 %)	
	m ± et	46,6 ± 17,5	43,4 ± 17,6	0,26	47,1 ± 18,1	48,4 ± 17,0	0,21

% d’hommes (ou de femmes) pour qui les données sont disponibles.

* Éléments du questionnaire *Eating disorder inventory* (EDI) [d’après 6] :

DT – désir de minceur : préoccupations excessives vis-à-vis du régime, du poids et de l’engagement dans une poursuite extrême de minceur ;

B – boulimie : épisodes boulimiques et comportements associés ;

BD – insatisfaction corporelle : croyance que certaines parties du corps, les hanches, la poitrine ou les fesses, sont trop grosses ;

I – inefficacité : sentiments d’inadéquation générale, d’insécurité, de solitude et éprouvé de ne pouvoir être capable de contrôler sa propre vie ;

P – perfectionnisme ;

ID – méfiance dans les relations inter-personnelles : réticence à nouer des relations intimes ;

IA – inconscience interoceptive : manque de conscience dans la reconnaissance et l’identification correcte des émotions et des sensations de faim ou de satiété ;

MF – peur de la maturité : souhait de revenir à la sécurité de la pré-adolescence face aux exigences de l’âge adulte qui apparaissent insurmontables.

un facteur de risque de l’obésité et de sa persistance, à travers une augmentation de la fréquence des troubles du comportement alimentaire associés à l’obésité [14]. L’évaluation des facteurs psychologiques, étape importante dans l’évaluation des patients, reste insuffisante chez les patients du réseau ROMDES, où seulement 50 % d’entre eux ont réalisé le bilan psychologique initial, alors qu’il a été complété, au moins partiellement, par 100 % des patients UMO. La compréhension et la prise en charge des facteurs psychologiques justifient de maintenir et de développer

une prise en charge multidisciplinaire, indépendamment du souhait éventuel d’amaigrissement du patient [15, 16]. La complexité de cette évaluation physique et psycho-pathologique pourrait être une indication de la nécessité d’une hospitalisation initiale. Par ailleurs, la prévalence rapportée du syndrome d’apnées du sommeil, nettement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (50 % *versus* 15 %), n’était pas significativement différente entre les deux structures de prise en charge, UMO et réseau ROMDES.

À l’exception de la sévérité de l’obésité et de la note de comportement alimentaire, aucune différence cliniquement significative n’a été mise en évidence, dans le groupe des hommes, entre les deux structures de prise en charge. Chez les femmes, les facteurs différenciant sont un peu plus nombreux, à l’exception des paramètres psychologiques dont aucun n’est statistiquement différent entre les femmes adressées au réseau ROMDES et les femmes hospitalisées à l’UMO. Les femmes hospitalisées à l’UMO ont une obésité plus importante, plus souvent des pathologies associées

(en dehors du syndrome d'apnées du sommeil) et un profil diététique globalement plus médiocre.

Comme indiqué précédemment, les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes dans les deux structures de prise en charge, la puissance des tests de comparaison est donc plus élevée, ce qui pourrait expliquer, mais seulement en partie, que davantage de facteurs apparaissent statistiquement discriminants chez les femmes. Ainsi en est-il, par exemple, peut-être, de l'absence de différence significative des apports caloriques chez les hommes. En revanche, ce n'est pas le manque de puissance, mais l'absence réelle de différence qui est la raison la plus probable concernant la différence de la prévalence de l'hypertension artérielle entre les hommes adressés au réseau ROMDES et les hommes hospitalisés à l'UMO. Le niveau de pression artérielle, qui tend à être un peu plus élevé – en moyenne – chez les patients du réseau ROMDES, pourrait peut-être également s'expliquer, du moins en partie, par une moins bonne méthode de mesure de la pression artérielle en ambulatoire que chez les sujets hospitalisés [17].

La complexité et l'intrication des facteurs comportementaux, associés à l'obésité avec la structure psychopathologique des patients et leur image de soi, pourraient également expliquer la difficulté à montrer des différences entre les deux groupes. La nécessité d'un diagnostic multiparamétrique complexe devrait orienter, de préférence, vers une prise en charge initiale en milieu hospitalier, afin de réaliser un bilan, tant physique des co-morbidités que psychologique complet, et permettre une analyse des facteurs de risque individuels entretenant l'obésité, et ce, dans le but d'une mise en place optimale de mesures préventives [14, 18]. Les mesures ainsi proposées pourront alors être mieux intégrées dans un programme éducatif personnalisé et ciblé, associant thérapies comportementales, conseils diététiques et activités physiques adaptées.

Dans l'avenir, et en concertation avec le médecin traitant, il serait intéressant de s'attacher à évaluer le profil des patients

qui ont choisi l'hospitalisation plutôt qu'un suivi ambulatoire, notamment en termes de facteurs psycho-pathologiques et environnementaux ayant pu favoriser l'obésité. Parmi ces facteurs, on retrouve :

- une insatisfaction corporelle comme facteur de risque majeur, amplifiée par l'image de l'obésité transmise dans les médias ;
- un déséquilibre de l'activité physique au profit d'activités sédentaires (consoles de jeux, ordinateurs, télévision...);
- l'importance accordée au regard des autres.

L'évaluation de ces facteurs pourrait être facilitée par l'hospitalisation initiale, permettant une rupture avec l'environnement habituel, ce qui permettrait également [14, 18] :

- d'adapter le traitement, en se basant sur les thérapies cognitives comportementales ;
- d'initialiser le contrôle des troubles du comportement alimentaire ;
- d'évaluer la dépression, souvent associée.

Cette étude ne montre pas de différence de niveau de qualité de vie entre les patients des deux structures de prise en charge. Dans la littérature, il a toutefois été montré une corrélation entre l'IMC et l'altération de la qualité de vie, plus marquée chez la femme que chez l'homme, mais pour des niveaux d'obésité très supérieurs (IMC moyen : 53,3 kg/m²) à ceux relevés dans notre étude [19].

La présente analyse met en évidence deux facteurs discriminants sur lesquels les médecins se basent pour une prise en charge par le réseau ou pour un recours à une hospitalisation :

- la sévérité de l'obésité ;
 - la note de comportement alimentaire.
- Les hommes, comme les femmes, hospitalisés à l'UMO, rapportent davantage de prises alimentaires extra-prandiales que les patients suivis par le réseau ROMDES. La présence de ces troubles alimentaires inter-prandiaux semble être un réel facteur de risque de développement et de pérennité de l'obésité [17]. Toutefois, cette note est calculée par un diététicien à partir des résultats d'un même auto-questionnaire dans les deux structures ; or, elle n'est vraisemblablement pas évaluée par le médecin traitant en pratique courante. Cette évaluation ne peut donc pas être considérée comme l'un des éléments décisionnels du médecin traitant en pratique courante, en l'absence de trouble évident du comportement alimentaire. Cependant, cette note est simple à calculer et pourrait être facilement utilisée en pratique courante par les médecins traitants (*tableau IV*).

Limites de l'étude

Par ailleurs, dans notre étude, un grand nombre de données sont manquantes, ce qui pourrait expliquer – en partie – que seuls deux éléments vraiment discriminants sont mis en évidence. Ainsi,

Les points essentiels

- Les patients adultes admis en structure de soins de suite et de réadaptation (SSR)-obésité ont plus souvent une obésité sévère (IMC \geq 35,0 kg/m²), plusieurs co-morbidités et/ou des troubles du comportement alimentaire que ceux suivis dans le cadre du réseau de santé de proximité.
- La complexité de l'évaluation médicale et psycho-comportementale des patients ayant une obésité sévère peut justifier d'un séjour en SSR, comme bilan initial des actions de réadaptation souhaitable pour le patient.
- En concertation avec le médecin traitant, il serait intéressant de s'attacher à évaluer le profil des patients afin d'orienter la prise en charge médicale et éducative du patient obèse, vers l'hospitalisation en SSR ou vers le réseau de santé de proximité, notamment en termes de facteurs psycho-pathologiques et environnementaux ayant pu favoriser l'obésité : l'insatisfaction corporelle comme facteur de risque majeur, un déséquilibre de l'activité physique au profit d'activités sédentaires, l'importance accordée au regard des autres.

Tableau IV : Enquête diététique en vue d'une estimation des conditions de l'environnement et du comportement lors des prises alimentaires.

Cotation	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
	4	3	2	1	0
Je grignote entre les repas					
Je fais régulièrement des régimes stricts pour perdre quelques « kilos »					
Je me sers plusieurs fois du même plat					
Je répartis mon alimentation quasiment sur un seul repas et non sur trois (petit-déjeuner, midi, dîner)					
Je ne distingue pas la sensation de faim de celle de la gourmandise					
Mes prises alimentaires sont influencées par les événements « extérieurs » (humeur, colère, tristesse...)					
Je mange de tout et je ne fais aucune exclusion ou rejet alimentaire					
Manger est un plaisir et non une corvée					
Je mange lentement en prenant soin de bien mastiquer mes aliments					
Je mange juste ce qu'il me faut					
L'ambiance de mes repas est détendue					
Je peux participer à la conversation sans être pris uniquement par ce qui se passe dans mon assiette					
Total comportement :/48					

la présence ou non de diabète, d'hypertension artérielle ou de syndrome d'apnées du sommeil lors de l'inclusion dans le réseau ROMDES n'est pas renseignée chez la moitié des patients. Il serait probablement nécessaire d'insister sur l'importance de reporter ces éléments dans le formulaire initial, ce qui serait très utile pour le suivi des patients. Enfin, il convient de noter, chez les patients UMO, l'absence de question(s) concernant la présence d'une éventuelle dyslipidémie, d'un tabagisme ou d'une pathologie cardiovasculaire préexistante, du fait de leur non-prise en compte dans le protocole de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Source de financement de l'étude

Le réseau ROMDES est financé par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), géré par l'Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France.

Déclaration d'intérêt

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cet article.

Conclusion

Cette étude confirme toute la difficulté de l'évaluation des patients obèses, ainsi que la nécessité de prendre en compte tous les facteurs individuels, tant physiques que psychologiques associés. La poursuite de ces études d'évaluation est indispensable pour améliorer la compréhension des critères qui incitent le médecin à orienter son patient atteint d'obésité vers l'une ou l'autre des structures de prise en charge, hospitalière ou ambulatoire dans le cadre d'un réseau. En particulier, une évaluation longitudinale est nécessaire pour déterminer les résultats à court et long termes de ces deux structures. Il serait particulièrement utile d'évaluer les motivations qui incitent le patient à être pris en charge dans l'une ou l'autre des structures de soins, que ce soit pour des raisons de santé (existence de co-morbidités liées à l'obésité), pour des raisons d'image de soi, ou pour s'éloigner d'un environnement susceptible d'entretenir de mauvaises habitudes alimentaires.

Cette étude montre également l'importance d'une évaluation initiale minutieuse pour déterminer la sévérité de l'obésité, les co-morbidités associées, le degré des troubles du comportement alimentaire, et évaluer leur retentissement sur la vie quotidienne, afin de permettre une meilleure prise en charge individualisée du patient. Une hospitalisation initiale pourrait faciliter cette évaluation, favorisée par une rupture avec l'environnement habituel des patients.

Une formation et/ou une information complémentaire des médecins traitants, ciblée sur la prise en charge de l'obésité, serait vraisemblablement utile, portant, notamment, sur les facteurs de risque psycho-pathologiques associés à l'obésité.

Références

- [1] Programme national nutrition santé (PNNS) 2006-2010. www.mangerbouger.fr/IMG/pdf/PNNS2-Synthese.pdf [Dernier accès : 5 octobre 2010].
- [2] Wing RR, Lang W, Wadden TA, et al.; the Look AHEAD Research Group. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2011;34:1481-6.
- [3] De Saint-Pol T. L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent. *Insee Première* 2007;123:1-4.
- [4] Bocquier A, Paraponaris A, Gourheux JC, et al. La prise en charge de l'obésité : attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région Provence Alpes Côte d'Azur ; résultats d'une enquête téléphonique. *Presse Méd* 2005;34:769-75.
- [5] Lamandé JP, Alexis A, Roy E, Raison J. Réseau de santé obésité : organisation et fonctionnement du réseau ROMDES (Réseau Obésité Multidisciplinaire des départements de l'Essonne et de Seine-et-Marne). *Médecine des maladies Métabolique* 2007;1:36-41.
- [6] Garner DM, Olmstead MA, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983;2:15-34.
- [7] Rathus SA. A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behav Ther* 1973;4:398-406.
- [8] Monnier L, Colette C, Percheron C, et al. Évaluation alimentaire en pratique courante : comment concilier rapidité, simplicité et fiabilité ? *Diabetes Metab* 2001;27:388-95.
- [9] Galtier D. Le régime pour les débutants. Paris : Éditions First, 2006.
- [10] Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. *Measuring Health Status*. London: Croom Helm, 1986.
- [11] John U, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U. Relationships of psychiatric disorders with overweight and obesity in an adult general population. *Obes Res* 2005;13:101-9.
- [12] Docteur A, Urdapilleta I, Defrance C, Raison J. Body perception and satisfaction in obese, severely obese, and normal weight female patients. *Obesity (Silver Spring)* 2010;18:1464-5.
- [13] Friedman KE, Reichmann SK, Costanzo PR, Musante GJ. Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obes Res* 2002;10:33-41.
- [14] Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Educ Res* 2006;21:770-82.
- [15] Wadden TA, Phelan S. Assessment of quality of life in obese individuals. *Obes Res* 2002;10(suppl.1):50S-57S.
- [16] Bellisle F, Clément K, Le Barzic M, et al. The Eating Inventory and body adiposity from leanness to massive obesity: a study of 2509 adults. *Obes Res* 2004;12:2023-30.
- [17] Pickering TG, Hall JE, Appel LJ, et al. Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals: part 1: blood pressure measurement in humans: a statement for professionals from the Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. *Circulation* 2005;111:697-716.
- [18] de Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25(Suppl.1):S51-5.
- [19] White MA, O'Neil PM, Kolotkin RL, Byrne TK. Gender, race, and obesity-related quality of life at extreme levels of obesity. *Obes Res* 2004;12:949-55.