



HAL
open science

Étude prospective contrôlée de l'évolution de la qualité de vie des patients atteints d'obésité maladie au sein du parcours médical ou chirurgical du groupe d'étude recherche obésité maladie du centre hospitalier Métropole de Savoie

Delphine Martin

► **To cite this version:**

Delphine Martin. Étude prospective contrôlée de l'évolution de la qualité de vie des patients atteints d'obésité maladie au sein du parcours médical ou chirurgical du groupe d'étude recherche obésité maladie du centre hospitalier Métropole de Savoie. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01333487

HAL Id: dumas-01333487

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01333487>

Submitted on 17 Jun 2016

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année 2016

N°

**ETUDE PROSPECTIVE CONTROLEE DE L'EVOLUTION DE LA
QUALITE DE VIE DES PATIENTS ATTEINTS D'OBESITE MALADIE
AU SEIN DU PARCOURS MEDICAL OU CHIRURGICAL DU GROUPE
D'ETUDE RECHERCHE OBESITE MALADIE DU CENTRE
HOSPITALIER METROPOLE DE SAVOIE**

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

DELPHINE MARTIN

[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE
GRENOBLE*

Le 10 juin 2016

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Mme le Professeur Catherine ARVIEUX

Membres

M. le Professeur Thierry BOUGEROL

Mme. le Docteur Cécile BOSSU-ESTOUR

M. le Docteur Arnaud SEIGNEURIN

*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2015-2016

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie

PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
MCU-PH	RAY Pierre	Génétique
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET J. Paul	Ophthalmologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

Remerciements

A Mme. le Professeur Catherine ARVIEUX

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Merci de votre disponibilité et de votre soutien dans ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

A M. le Professeur Thierry BOUGEROL

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A M. le Docteur Arnaud SEIGNEURIN

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de tout mon respect.

A Mme le Docteur Cécile BOSSU-ESTOUR

Un grand merci d'avoir accepté la direction de ce travail de thèse. Merci pour ta disponibilité, ton professionnalisme, ton soutien et ton écoute attentive tout au long de ce travail. Merci aussi pour ton encadrement, tes commentaires constructifs, tes relectures patientes et minutieuses. Sois assurée de tout mon respect et de ma reconnaissance.

A ma Mère, pour ton amour et ton soutien inconditionnel tout au long de ces longues années d'études mais aussi pour toutes les autres années, passées et à venir, merci pour tes Tupperware, tes goûters apportés à mon bureau d'étudiante, tes conseils précieux, tes mots qui donnent du courage,

A mon Père, pour ton amour et ton soutien infailible depuis toujours,

A Sébastien, pour ton amour, ta présence et tes encouragements de tous les jours, merci pour ces belles années passées à tes côtés et pour toutes celles qui viennent, merci pour tes compétences Excel et autres méthodes de calculs barbares bienvenues dans ce travail...

A Elsa, pour ton amitié précieuse et ton soutien inconditionnel,

A mes amis David et Emeline qui malgré le temps qui passe et parfois la distance qui nous sépare, sont toujours là,

A Jérôme P., pour tes précieux tableaux de calculs et tes truites délicieuses,

A Olivier G., merci pour ton professionnalisme, ta disponibilité, tes conseils avisés de statisticien et merci pour ta patience...

A toute l'équipe du GEROM 73 et aux patients qui ont rendu ce travail possible,

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	11
INTRODUCTION	12
OBJECTIF DU TRAVAIL	16
PATIENTS ET METHODE	17
1. Modalités de prise en charge dans l'unité	17
1.1 Parcours préopératoire	18
a) Entrée dans le parcours préopératoire : hospitalisation de semaine	18
b) A 1 mois	19
c) A 2 mois	20
d) A 3 mois	20
e) A 4 mois	20
f) A 5 mois	21
g) A 6 mois	21
1.2 Parcours non opératoire	22
a) Entrée dans le parcours non opératoire : hospitalisation de semaine	22
b) A 1 mois	23
c) A 2 mois	23
d) A 3 mois	24
e) A 5 mois	24
f) A 6 mois	24
1.3 Groupe contrôle	25
2. Objectifs de l'étude	25
3. Critères de jugement	25
4. Population incluse	26
5. Méthodologie	26
5.1 Recueil des données à M0	26
5.2 Recueil des données à M6	27
5.3 Questionnaires utilisés	28
a) Questionnaire de qualité de vie	28
b) Questionnaire anxiété-dépression	29
c) Questionnaire des troubles du comportement alimentaire	29
5.4 Définitions des troubles des conduites alimentaires du manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux IVème et Vème éditions (DSM IV et V)	30

5.5	Les troubles du comportement alimentaire dans l'obésité : théorie de la restriction cognitive, de l'alimentation émotionnelle et de l'externalité	32
6.	Saisie et analyse des données	34
7.	Aspect éthique	34
RESULTATS		35
1.	Caractéristiques des patients à l'inclusion.....	37
1.1	Caractéristiques sociodémographiques	37
1.2	Caractéristiques cliniques	37
1.3	Principales comorbidités de notre population initiale	38
1.4	Sédentarité	39
2.	Résultats sur le critère de jugement principal.....	39
2.1	Score moyen de l'EQVOD : résultats à M0	39
2.2	Score moyen de l'EQVOD : résultats à M6	40
2.3	Evolution du score moyen de l'EQVOD entre M0 et M6	41
3.	Résultats sur les critères de jugements secondaires	43
3.1	Troubles du comportement alimentaire : scores moyens de restriction, émotivité et externalité (questionnaire DEBQ)	43
3.2	Score de l'anxiété et dépression (questionnaire HAD-S).....	44
3.3	Poids et IMC	45
DISCUSSION.....		46
1.	A propos de la méthodologie.....	46
1.1	La population.....	46
1.2	La période d'inclusion et la durée du suivi	46
1.3	Le recueil de données	47
a)	Le recueil à M0 pour le groupe traité	47
b)	Le recueil à M0 pour le groupe contrôle	47
c)	Le recueil à M6 pour le groupe traité	47
d)	Le recueil à M6 pour le groupe contrôle	48
1.4	Les critères de jugement	49
2.	A propos des résultats.....	50
2.1	Représentativité de notre population	50
a)	Comparaison par rapport à la population générale	50
b)	Comparaison par rapport à d'autres prises en charges équivalentes	51
2.2	Résultats sur le critère de jugement principal.....	52
a)	Comparaison avec les résultats obtenus avec d'autres prises en charges équivalentes	52

b)	Facteurs explicatifs de nos résultats	54
2.3	Résultats sur les critères de jugements secondaires : anxiété, dépression, trouble du comportement alimentaire, poids et IMC	55
a)	Score d'anxiété et dépression	55
b)	Score du DEBQ : troubles du comportement alimentaire	56
c)	Poids et IMC	56
3.	Perspectives	57
3.1	Evaluation du programme d'éducation thérapeutique au sein du GEROM 73 : une première ébauche	57
3.2	Projets d'évolution du programme GEROM 73	57
3.3	Projets pour des études ultérieures	58
a)	Augmenter la taille de l'échantillon et la durée du suivi.....	58
b)	Mise en place d'un intervenant.....	58
c)	Evaluer l'intervention éducative.....	58
CONCLUSION		59
BIBLIOGRAPHIE		61
ANNEXES		66
SERMENT D'HIPPOCRATE.....		101
RESUME.....		102

GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de Santé

BED : Binge Eating Disorder

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DEBQ : Dutch Eating Behaviour Questionnaire

DSM IV : manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux IVème édition

EQVOD : Echelle de Qualité de Vie, Obésité et Diététique

ETP : Education Thérapeutique du Patient

GEROM 73 : Groupe d'Etude Recherche Obésité Maladie en Savoie

HAS : Haute Autorité de Santé

HAD-S : Hospital Anxiety and Depression Scale

IMC : Indice de Masse Corporelle

IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

IWQOL : Impact of Weight on Quality Of Life

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OWLQOL : Obesity and Weight-Loss Quality of Life

PNNS : Plan National Nutrition Santé

RCP : Réunion de Concertation Pluri professionnelle

RGO : Reflux Gastro-œsophagien

SAOS : Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil

SF-36 : Short Form Health Survey

WRSM : Weight Related Symptom Measure

INTRODUCTION

L'obésité est considérée comme la première épidémie non infectieuse de l'histoire. Elle est devenue une des premières préoccupations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1)(2). A l'échelle mondiale, la prévalence de l'obésité a doublé entre 1980 et 2014. En 2014, le surpoids concernait plus de 1,9 milliards de personnes de 18 ans et plus, et 600 millions de personnes obèses. En 2014, 13% de la population adulte mondiale était atteinte d'obésité. (2) En France, l'obésité est également un problème majeur de santé publique. 32,3% des français adultes sont en surpoids, et 15% sont obèses, soit presque 7 millions de français selon le rapport ObEpi 2012. On observe ces dernières années une décélération mais la prévalence de cette épidémie continue d'augmenter (3). L'obésité a un impact considérable sur la morbi-mortalité et entraîne des conséquences sanitaires et économiques majeures (3)(4).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on définit le surpoids et l'obésité comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez les populations et les individus adultes. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m^2 . L'IMC est corrélé à la quantité de masse adipeuse et c'est la mesure la plus utile pour évaluer le surpoids et l'obésité au niveau de la population car elle s'applique aux deux sexes et à toutes les tranches d'âge adulte. Il doit toutefois être considéré comme une indication approximative car, au niveau individuel, il ne correspond pas nécessairement à la même masse graisseuse selon les individus. L'OMS définit le surpoids par un IMC égal ou supérieur à 25 kg/m^2 et l'obésité de grade 1 ou modérée par un IMC compris entre 30 et $34,9 \text{ kg/m}^2$, de grade 2 ou sévère par un IMC compris entre 35 et $39,9 \text{ kg/m}^2$ et de grade 3 ou massive pour les IMC supérieurs à 40 kg/m^2 (5).

L'obésité est un facteur de risque majeur de maladies cardiovasculaires et métaboliques (hypertension artérielle, coronaropathie, diabète de type 2, dyslipidémie), maladies respiratoires, maladies ostéo-articulaires et de certains cancers (3)(4)(6). L'obésité est une pathologie chronique complexe plurifactorielle qui associe de nombreux déterminants (génétiques, métaboliques, comportementaux, psychologique, sociologiques et environnementaux) (6). En France, l'obésité est devenue une priorité de santé publique et la nation s'engage dans la prévention de l'obésité et l'amélioration de sa prise en charge. Cette mobilisation gouvernementale pour lutter contre l'obésité est conduite à travers la mise en place du Plan Obésité 2010-2013 et du Plan National Nutrition Santé (PNNS) 2011-2015. Les grands axes de travail du PNNS visent à 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 réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles (6)(7)(8).

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit les enjeux de la prise en charge du surpoids et de l'obésité. A l'échelle de santé publique, l'enjeu principal est une stabilisation de la prévalence de l'obésité et une réduction du surpoids chez les adultes. A l'échelle individuelle, le but est l'amélioration de la qualité de vie et de l'espérance de vie du patient. L'autre enjeu est

économique car l'estimation minimale du coût économique du surpoids et de l'obésité serait de 2% à 7% des dépenses de santé nationale (9).

L'HAS prévoit une approche globale selon 4 grands axes : les conseils diététiques, les interventions visant à augmenter l'activité physique, l'approche psycho-cognitivo-comportementale et le suivi médical individualisé, régulier, au long cours. En tant que médecin de premier recours, le médecin généraliste tient une place prépondérante dans le dépistage, le diagnostic, la prise en charge, le suivi au long cours et la coordination des différents professionnels de santé. En cas d'échec ou en complément, le deuxième recours auprès d'équipes pluridisciplinaires en ambulatoire, en hospitalisation ou mixte peut être envisagé (9).

La prise en charge de deuxième recours peut être médicale au sein de programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) proposant une approche globale des maladies chroniques en intégrant les dimensions psychologique, diététique et d'activité physique adaptée (6)(10)(11)(12).

Dans les propositions d'actions pour l'amélioration des conditions de prise en charge des personnes obèses dans les établissements de santé issues du rapport au ministère de la santé rédigé par le Professeur Arnaud Basdevant selon les objectifs du PNNS, l'éducation thérapeutique recouvre plusieurs domaines : contrat d'objectifs, gestion du traitement, prévention et dépistage des complications, utilisation optimale du système de soins (13). Il s'agit de compléter le savoir par le savoir-faire pour permettre au malade de devenir acteur de sa santé. L'éducation thérapeutique est développée en consultation, hôpital de jour, réunions de groupe, ateliers diététique et du mouvement. La démarche de soins doit être multi-cibles : préventive, thérapeutique, éducative, en individuel et en groupe. Elle implique une coordination des soins à l'interface médecine ambulatoire/hôpital. L'équipe soignante est nécessairement multi-professionnelle et son travail interdisciplinaire.

Selon ce rapport, dans chaque région, le Centre Hospitalier Régional (CHR) ou Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) doit mettre à disposition des patients au moins une structure (unité, service) spécialisée dans la prise en charge des personnes obèses. L'hospitalisation spécialisée est réservée aux cas complexes, aux situations nécessitant un bilan multidisciplinaire. Elle permet l'éducation thérapeutique. Les objectifs sont : analyse des déterminants de l'obésité, diagnostic des complications, bilan et prise en charge nutritionnelle, explorations fonctionnelles, évaluation psychologique, éducation thérapeutique, prise en charge médico-sociale, organisation du suivi avec les médecins traitants. La stratégie thérapeutique pour cette maladie chronique nécessite d'avoir la possibilité de faire les bilans et de suivre les patients à court et moyen terme. Il faut donc disposer d'un système de consultation et d'hospitalisation de jour. L'hospitalisation de jour fait intervenir l'équipe multidisciplinaire dans le cadre de protocole de soins et inclut en particulier l'éducation thérapeutique (14).

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) se veut être une approche globale, centrée autour du patient.

Ils existent différents formats de programme d'ETP selon le type de patients, le contexte de soins, l'organisation locale etc...

Le format de référence pour les programmes d'ETP selon le cahier des charges de l'HAS est le « parcours multi-cibles multi-professionnels » comprenant une équipe multidisciplinaire avec un médecin endocrinologue-nutritionniste, infirmier, diététicien, psychologue, éducateur en activité physique adaptée, travailleurs sociaux.

Par l'intermédiaire d'un « parcours multi-cibles multi-professionnels », ses principaux objectifs sont les modifications thérapeutiques du mode de vie. Il s'agit de développer les « compétences d'auto-soins du patient » (connaissance de la maladie, de l'alimentation, de l'activité physique, des comportements et mode de vie et la gestion des éventuelles comorbidités) et les « compétences à l'adaptation ou psycho-sociale » (comprendre et accepter l'excès de poids, comprendre les comportements alimentaires, aborder la relation au corps, explorer et développer ses capacités personnelles et la connaissance de soi) (10).

Ces modifications thérapeutiques du mode de vie ont pour but de permettre au patient de « faire face » (coping) et de développer des ressources personnelles pour améliorer leur qualité de vie, bien au-delà de la perte de poids (10).

La prise en charge de deuxième recours peut également être la chirurgie bariatrique, de plus en plus souvent intégrée au sein d'une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire (14)(15). L'indication de chirurgie bariatrique est réservée aux patients ayant un IMC supérieur ou égal à 40kg/m² ou supérieur ou égal à 35kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (notamment hypertension artérielle, syndrome d'apnée obstructives du sommeil (SAOS) et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique) (15).

Selon la synthèse de recommandation de bonne pratique de la prise en charge chirurgicale de l'obésité chez l'adulte de l'HAS, il existe 2 grands types d'interventions : les techniques restrictives pures, qui réduisent la taille de l'estomac, comme l'anneau gastrique modulable ou non, la gastrectomie longitudinale ou sleeve gastrectomie et les techniques mixtes dites restrictives et malabsorptives, qui réduisent la taille de l'estomac (restriction) et diminuent l'assimilation de ces aliments par l'organisme (malabsorption), comme la dérivation bilio-pancréatique ou le bypass gastrique (15)(16).

Les programmes d'ETP sont nommés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et doivent répondre à un cahier des charges précis pour leur demande d'autorisation ainsi que leur renouvellement (17). Ces programmes sont inscrits dans la loi depuis 2009 (18). A ce jour, il existe peu de données évaluant ces programmes d'ETP pour la prise en charge des patients obèses. De plus, la mise en place des programmes d'ETP est relativement récente et il existe une grande hétérogénéité dans les formats proposés ce qui rend difficile la comparabilité des résultats. Pour l'évaluation de ces programmes, il existe des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) proposés par l'HAS pour attester de la performance des établissements et permettre un pilotage de la qualité et sécurité des activités de soins. Dans le cadre de la prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte, il existe 7 indicateurs de qualité, dont le recueil est facultatif par les établissements de soins concernés : « bilan des principales comorbidités préopératoires », « endoscopie

œsogastroduodénale préopératoire », «évaluation psychologique/psychiatrique préopératoire », « décision issue d'une concertation pluridisciplinaire », «communication de la décision de la réunion de concertation pluri professionnelle (RCP) au médecin traitant », « information préopératoire du patient » et «bilan nutritionnel et vitaminique préopératoire » (19)(20). D'autres indicateurs proposés par l'ARS permettent de compléter cette évaluation (Annexe 1).

Dans les Alpes, le centre spécialisé de référence pour la prise en charge de l'obésité est le CHU de Grenoble. En Rhône-Alpes, il existe deux autres centres spécialisés de référence : les Hospices civils de Lyon (Centre Intégré de l'Obésité, l'un des cinq centres français de référence pour l'obésité) et la Clinique de la Sauvegarde à Lyon. Ces centres de référence disposent de l'ensemble des moyens humains et des équipements nécessaires à la prise en charge de cette pathologie. Ils sont également en charge de l'enseignement, de la formation, de la recherche clinique et du développement. Ces centres ont vocation à se structurer en réseaux nationaux et si possible européens.

Des établissements partenaires sont également nommés dans chaque région afin de renforcer la filière de soins au niveau régional, par exemple le CHR de Chambéry, le CHU de Saint-Etienne ou le Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble (21).

Au Centre Hospitalier Régional de Chambéry, le service d'endocrinologie-nutrition dispose d'une unité dédiée spécifiquement à la prise en charge des patients atteints d'obésité maladie. Cette unité est coordonnée par un médecin référent spécialisé en endocrinologie-nutrition, autour d'une prise en charge pluridisciplinaire assurée par des professionnels de santé formés à la prise en charge de l'obésité : infirmières, diététiciennes, psychologue, éducateurs en activité physique adaptée, travailleurs sociaux. Elle comprend un programme d'éducation thérapeutique qui a été validé par l'HAS en 2016. Les objectifs de cette unité sont multiples : éliminer des causes génétiques ou endocriniennes de l'obésité, repérer d'éventuelles complications de l'obésité et proposer une prise en charge pluridisciplinaire régulière sur 6 mois. En effet, dans cette unité, il existe un parcours dit « médical », que nous appellerons dans le cadre de cette étude, « non opératoire » qui propose une prise en charge comportementale médicale sans projet de chirurgie bariatrique. En parallèle, il existe un parcours dit « chirurgical » que nous appellerons « préopératoire », où l'objectif est de déterminer avec le patient l'opportunité d'un projet de chirurgie bariatrique à l'issue du parcours comportemental médical de 6 mois. Dans les deux parcours, le patient est également inséré au sein d'une filière de soins pluri professionnelle à l'hôpital ou en réseau de ville pour assurer un suivi au long cours de l'obésité.

Dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire des programmes d'ETP, la notion de qualité de vie liée à la santé est de plus en plus considérée comme une mesure importante de l'impact d'une maladie et de son traitement. L'OMS définit en 1994 la qualité de la vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ».

Nombres d'études montrent que les patients atteints d'obésité ont souvent une qualité de vie altérée, en lien avec l'excès de poids (22)(23)(24)(20). La qualité de vie est d'autant plus altérée que l'IMC est élevé. Elle est également plus altérée chez les patients obèses suivant un traitement pour perdre du poids que chez ceux qui ne souhaitent pas perdre du poids (26).

Par ailleurs, beaucoup d'études cherchant à mesurer l'efficacité de la prise en charge de l'obésité utilisent le pourcentage de perte de poids comme critère de jugement. Qu'en est-il de l'amélioration de la qualité de vie des patients obèses?

OBJECTIF DU TRAVAIL

Nous nous proposons dans le cadre de ce travail de thèse, d'évaluer de façon prospective l'impact du programme d'ETP du centre hospitalier de Chambéry, nommé GEROM 73 (Groupe d'Etude Recherche Obésité Maladie), sur la qualité de vie des patients obèses comparé à un groupe contrôle. Le GEROM 73 propose en effet aux patients obèses 2 parcours : l'un pour les patients candidats à la prise en charge chirurgicale (groupe préopératoire), l'autre pour les patients candidats à une prise en charge non chirurgicale (groupe non opératoire), avec dans les deux cas une intégration au sein d'un suivi pluridisciplinaire régulier au long cours.

Notre objectif principal était de mesurer l'évolution de la qualité de vie des patients obèses entre l'entrée dans les parcours du GEROM 73 et la fin des parcours, 6 mois plus tard.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'évolution de l'anxiété-dépression, des troubles du comportement alimentaire et du poids entre le début et la fin des parcours.

PATIENTS ET METHODE

Nous avons réalisé une étude prospective, avec 3 bras : groupe préopératoire et groupe non opératoire, comparé à un groupe contrôle, monocentrique, au sein du programme GEROM 73 dans le service d'endocrinologie-nutrition du centre hospitalier de Chambéry. Cette étude s'est déroulée de janvier 2015 à avril 2016.

1. Modalités de prise en charge dans l'unité

Chambéry, actuelle préfecture de Savoie, est une commune de 58 653 habitants située à 57 km au nord-est de Grenoble. Elle accueille le Centre Hospitalier Métropole Savoie Site Chambéry qui possède 671 lits. Le service d'endocrinologie-nutrition propose une unité spécialisée dans l'obésité, le GEROM 73.

Le GEROM 73 accueille des patients atteints d'obésité de grade 2 (IMC supérieur ou égal à 35 kg/m²) avec complications ou de grade 3 (IMC supérieur ou égal à 40 kg/m²), au sein d'une approche globale pluridisciplinaire correspondant aux recommandations de l'HAS pour la prise en charge de l'obésité. Le médecin spécialisé en endocrinologie-nutrition, référent du GEROM 73, travaille avec une équipe pluri professionnelle comprenant : diététicienne, infirmières, psychologue, éducateur en activité physique adaptée, assistante sociale et secrétaires.

Actuellement, l'inclusion est de 8 nouveaux patients par mois dans le parcours. Pour l'inclusion, les patients sont adressés au médecin référent du GEROM 73 par des médecins généralistes de la région, par des médecins endocrinologues de ville ou encore par les praticiens de l'hôpital de Chambéry, toutes spécialités confondues. Le médecin référent reçoit les patients lors d'une première consultation, destinée à vérifier l'éligibilité des patients pour le programme GEROM 73, évaluer les attentes et les objectifs individuels de chacun, prévoir d'éventuels examens complémentaires (bilan biologique, imagerie, consultations spécialisées) afin d'orienter le patient au sein des deux parcours possibles du GEROM 73.

A l'issue de cette première consultation, les patients ne relevant pas du GEROM 73 sont réorientés par le médecin référent vers d'autres structures de prise en charge plus adaptées à la situation du patient (patient atteint d'une pathologie psychiatrique non stabilisée, prise en charge en Procréation Médicalement Assistée, anciens opérés bariatriques en échec de chirurgie, par choix propre du patient...). Ces patients ne relevant pas du parcours GEROM 73 sont orientés vers une collaboration avec des partenaires libéraux : diététiciens, kinésithérapeutes, centre médico-psychologique, psychiatre/psychologue libéraux, centre de cure et Soins de Suites et de Réadaptation (SSR).

Si le patient peut être inclus dans le programme GEROM 73, le médecin endocrinologue-nutritionniste de l'unité détermine avec lui selon ses attentes, ses possibilités et son éligibilité, l'orientation vers un parcours de prise en charge pluridisciplinaire médicale comportementale

de 6 mois sans projet de chirurgie bariatrique (groupe non opératoire) ou vers le même parcours pluridisciplinaire médical comportemental avec au terme des 6 mois un projet de chirurgie bariatrique sous réserve de la validation en RCP (groupe préopératoire). Les patients entrés dans le programme GEROM 73 sont ensuite revus en consultation individuelle avec le médecin endocrinologue-nutritionniste à 3 mois puis à 6 mois. A chacune de ces consultations, le médecin endocrinologue-nutritionniste rédige un courrier récapitulatif de la prise en charge proposée, des évolutions depuis l'entrée dans le parcours, des difficultés rencontrées éventuelles, de la suite de la prise en charge proposée par l'équipe. Ce courrier est adressé au médecin traitant du patient, au médecin qui a adressé le patient au GEROM 73 s'il est différent du médecin traitant, ainsi qu'aux autres intervenants dans la prise en charge.

1.1 Parcours préopératoire

Les admissions des patients dans le parcours sont organisées par groupe de 4 nouveaux patients par semaine d'inclusion.

a) Entrée dans le parcours préopératoire : hospitalisation de semaine

A l'entrée dans le parcours préopératoire, les patients bénéficient de 5 jours d'hospitalisation complète initiale. Cette hospitalisation correspond au moment de la rencontre entre les patients du groupe et les différents intervenants du GEROM 73. Tout d'abord, une présentation du programme GEROM 73 est reprise par le médecin référent et un diaporama portant sur la physiologie et la pathologie du poids est présenté aux patients pour comprendre la problématique de l'obésité et des traitements. Puis s'ouvre un groupe de parole animé par la psychologue et l'infirmière. La semaine d'hospitalisation se compose d'ateliers collectifs et d'entretiens individuels.

Les ateliers collectifs permettent d'aborder différents thèmes : « Parlons d'activité physique » et « Quelques repères physique en pratique » par l'éducateur en activité physique adaptée. Ces ateliers permettent d'aborder les notions liées à l'intérêt de la pratique d'activité physique régulière par rapport à la situation d'obésité, d'accéder à la mobilité et au plaisir du mouvement dans le cadre de la préparation physique et au suivi du projet bariatrique. C'est l'occasion d'adapter les pratiques et de donner des repères physiques et physiologiques lié au mode, à l'intensité de la pratique et à la dépense énergétique. Sont abordés les aspects motivationnels, les différentes ressources et l'orientation vers des pratiques adaptées. L'usage de tests physiques permet de fournir un cadre au travail éducatif d'auto-évaluation du patient à travers la gestion de la dyspnée, de l'effort et la détection des douleurs. Un carnet de recommandation reprenant le thème « Quelques repères physiques en pratique » (Annexe 2) est remis au patient par l'éducateur en activité physique adaptée.

Les ateliers de la diététicienne sont autour du thème « Les croyances alimentaires ».

La psychologue anime deux groupes, une première session pour mettre en place le cadre du groupe de parole (règles de fonctionnement, découverte du groupe, circulation de la parole, dynamique de groupe), souvent co-animé avec l'infirmière de l'unité et un deuxième groupe portant sur l'expression subjective du projet de l'opération et les répercussions psychiques de l'obésité.

Tout au long de la semaine, un premier bilan avec le médecin permet d'organiser les différents examens complémentaires nécessaires pour le dossier de chirurgie (Fibroscopie oeso-gastroduodénale, impédancemétrie, bilan biologique à la recherche de comorbidités métaboliques, nutritionnelles et endocriniennes, polysomnographie pour dépister un SAOS et le prendre en charge, imagerie hépatobiliaire, consultations spécialisées, épreuve d'effort...).

Des entretiens individuels sont également organisés avec la psychologue, la diététicienne et l'éducateur en activité physique adaptée. La rencontre avec la psychologue consiste en un bilan psychologique, composé d'un entretien clinique semi-structuré et de questionnaires d'évaluation (HAD-S, DEBQ...) ainsi que d'un test projectif visant à évaluer l'image corporelle. Les axes explorés tournent autour de l'anamnèse du sujet, de son histoire du poids et de l'alimentation, des attentes de la chirurgie, des capacités de compréhension de l'acte chirurgical, du repérage d'éventuelles contre-indications psychologiques et/ou psychiatriques à la chirurgie, de l'exploration des troubles du comportement alimentaire.

Le bilan en activité physique adaptée permet d'évaluer le rapport du patient à l'activité physique. Au cours de cet entretien sont évoqués les antécédents de pratiques physiques, la relation au sport, les freins à la pratique, les ressources potentielles et les représentations positives de la relation à l'effort physique. Accompagné par l'éducateur en activité physique adaptée, le patient travaille sur l'élaboration d'un programme vers la reprise de mobilité voire de réentraînement à l'effort et peut être orienté en fonction des besoins vers des partenaires extérieurs, tels que des structures proposant de l'activité physique adaptée, des cabinets de kinésithérapie proposant des programmes de réhabilitation physique et réentraînement à l'effort, ou encore des pratiques autonomes guidées et suivies.

En fin de semaine, les patients sont conviés à la présentation du chirurgien bariatrique qui explique les différentes techniques chirurgicales à l'aide de schémas.

b) A 1 mois

Les patients s'interrogent en atelier collectif sur le sujet « Pourquoi je mange ? » avec la diététicienne.

c) A 2 mois

Un atelier en activité physique adaptée sur "Les perceptions corporelles" est proposé afin de poursuivre le travail sur les sensations corporelles à l'effort et continuer l'éducation vers l'écoute du corps. A travers une gymnastique douce, les patients repèrent les différentes parties du corps impliquées dans la série de mouvements proposée. A l'issue de la séance, un document illustrant les différents mouvements effectués leur est remis et sert de support pour poursuivre la pratique de façon autonome (Annexe 3).

d) A 3 mois

L'étape de mi-parcours est l'occasion d'une hospitalisation de jour où a lieu un atelier de la psychologue sous la forme d'un groupe d'expression médiatisée.

C'est également le moment où s'organise le bilan individuel de mi-parcours avec le médecin (progression dans le parcours, amorce des modifications des comportements alimentaires, activité physique, difficultés rencontrées et élaboration de solutions pour y faire face).

Des bilans individuels sont également proposés avec la diététicienne, la psychologue et l'éducateur en activité physique adaptée. Lors du bilan individuel avec la psychologue, le patient explore les évolutions acquises au sein des groupes, notamment concernant le travail à son éventuel trouble du comportement alimentaire, il explore également l'élaboration du projet de chirurgie et la mise en place concrète des éléments soulevés lors du premier entretien (activation d'une prise en charge psychothérapeutique, d'un suivi au Centre Médico-Psychologique (CMP), entretien avec un psychiatre,...).

Avec l'éducateur en activité physique adaptée, le patient évoque ce qui a pu être mis en place durant cette première période, et aborde ses difficultés ou ses satisfactions afin d'évaluer sa progression dans le parcours.

Une consultation auprès du chirurgien est organisée et un bilan biologique de réévaluation et complémentaire est effectué.

e) A 4 mois

La diététicienne de l'unité évoque en ateliers collectifs l'alimentation péri-opératoire.

f) A 5 mois

L'éducateur en activité physique adaptée rencontre à nouveau les patients pour un travail collectif, concernant « l'image corporelle ». A travers cet atelier, plusieurs outils favorisant l'introspection physique sont utilisés: outils de relaxation, jeux de mise en espace, jeux d'interaction et de communication physique. Le travail se situe dans l'exploration des frontières intérieures et extérieures, de la mise en espace de ses frontières corporelles jusqu'à la confrontation au groupe, en opposition et en union.

Un dernier groupe de parole est proposé aux patients, animé par la psychologue, dont l'objectif est d'assurer une élaboration collective de l'acte chirurgical, une projection des changements annoncés dans le temps. Ce groupe est construit également à visée prophylactique, afin de réfléchir ensemble aux ressources dont disposent les patients en cas de difficultés post-opératoire (absence de perte de poids, reprise de poids, crises alimentaires, décompensation dépressive, crises conjugales, perte de repères face à une image du corps...). Les acteurs de santé mentale à proximité du patient sont identifiés lors de ce groupe (médecins généralistes, psychiatres, CMP, psychologues, ...), afin que le patient puisse trouver un recours en cas de besoin.

En externe, s'organise la consultation gynécologique pour mise en place d'une contraception adaptée si besoin, la consultation anesthésiste ainsi que la consultation avec le psychiatre.

g) A 6 mois

Une nouvelle hospitalisation de jour est organisée pour un bilan de fin de parcours.

L'entretien avec l'éducateur en activité physique adaptée fait l'objet d'un rappel des recommandations quant à la reprise d'une activité physique en post-opératoire. Puis un atelier est proposé : "Aide et conseils à la reprise d'activité en post-opératoire", dans lequel l'éducateur en activité physique adaptée reste disponible pour une demande de prise en charge post-opératoire et pour faire le point avec les patients en hôpital de jour à 1 an.

La réunion de concertation pluridisciplinaire réunit le médecin endocrinologue-nutritionniste référent du GEROM 73, la diététicienne, la psychologue, l'éducateur en activité physique adaptée, le psychiatre, le chirurgien bariatrique, le gastroentérologue et l'anesthésiste-réanimateur. Cette RCP aboutit à un accord ou non pour la chirurgie bariatrique et définit le type de chirurgie proposée en fonction des antécédents, des comorbidités et contre-indications éventuelles et du souhait de chaque patient.

Le compte-rendu de la RCP est joint au dossier du patient et un double est envoyé au médecin traitant ainsi qu'aux autres intervenants de la prise en charge (Annexe 4).

Après la fin du parcours, les patients sont régulièrement revus dans les mois qui suivent la chirurgie bariatrique par le chirurgien et le médecin endocrinologue-nutritionniste référent du programme GEROM 73 avec des biologies de contrôle. La diététicienne organise également des entretiens individuels et collectifs pour des conseils diététiques post-opératoires.

A 1 an post-opératoire puis tous les 6 mois pendant 2 ans, les patients sont convoqués en hôpital de jour pour des consultations médicales (chirurgien, médecin endocrinologue-nutritionniste) et paramédicales (éducateur en activité physique adapté, diététicienne et psychologue si besoin).

1.2 Parcours non opératoire

Les admissions des patients dans le parcours sont organisées par groupe de 4 nouveaux patients par semaine.

a) Entrée dans le parcours non opératoire : hospitalisation de semaine

Tout comme pour le parcours préopératoire, à l'entrée dans le parcours, les patients bénéficient de 5 jours d'hospitalisation complète initiale. Là encore, une présentation du parcours GEROM 73 est réalisée par le médecin référent. Puis s'ouvre le groupe de parole animé par la psychologue et l'infirmière. De la même façon, la semaine d'hospitalisation se compose d'ateliers collectifs et d'entretiens individuels.

Comme dans le parcours préopératoire, l'éducateur en activité physique adaptée anime l'atelier collectif « Parlons d'activité physique » et « Quelques repères physique en pratique » (Annexe 2).

Les ateliers de la diététicienne autour des thèmes « Les croyances alimentaires » et « Pourquoi je mange ? ».

Un atelier d'expression animé par la psychologue est également proposé afin d'approfondir l'élaboration des attentes, de mieux appréhender le parcours des patients qui les ont mené jusqu'à notre prise en charge et de les accompagner dans ce parcours qui se centre davantage vers une meilleure acceptation de leurs corps, un lien pacifié à leur alimentation, des retrouvailles avec des sensations alimentaires oubliées ou déniées. La souffrance liée au surpoids est évoquée, en lien avec le regard des autres, avec l'estime personnelle. Un travail autour de la construction du lien à l'alimentation dans sa dimension sociétale (normée) et dans sa construction ontogénétique est engagé. Le regard négatif des patients sur eux-mêmes est exploré : le sentiment d'échec récurrent, la perte de confiance dans le corps médical (les injonctions de maigrir impossible, le renvoi de toutes problématiques de santé au seul fait du surpoids,...), l'imaginaire collectif autour du « gros » (le gros « gentil », le manque de «volonté»

du patient obèse, le gourmand...), la discrimination et les difficultés dans le quotidien (habillage, transports,...)

C'est également l'occasion d'un premier bilan avec le médecin. Il organise différents examens complémentaires si nécessaires pour dépister les comorbidités (Fibroscopie oeso-gastroduodénale si existence d'un reflux gastro-œsophagien (RGO), bilan sanguin à la recherche de comorbidités métaboliques, nutritionnelles et endocriniennes, polysomnographie pour dépister un SAOS et le prendre en charge, consultations spécialisées, épreuve d'effort si réhabilitation physique envisagée).

Les entretiens individuels sont aussi mis en place auprès de la psychologue, la diététicienne et l'éducateur en activité physique adaptée.

b) A 1 mois

L'atelier diététique travaille le sujet « comment je mange ? ».

c) A 2 mois

Des travaux avec 2 groupes successifs en binôme psychologue-diététicienne sont organisés sur le comportement alimentaire à 2 mois puis 4 mois. Il s'agit d'un travail sur les crises alimentaires et leurs déclencheurs, des séances de dégustation d'aliments pour travailler sur le rapport à l'aliment et l'impact de l'environnement sur la prise alimentaire. Cet atelier compose avec l'accompagnement de patients ayant des problématiques alimentaires différentes (hyperphagie centrée sur la peur de manquer, l'incapacité à ressentir des limites physiologiques et les grignotages). Le travail sur la restriction cognitive garde une part importante dans l'accompagnement des groupes.

Il est mis en place régulièrement tout au long du parcours des entretiens individuels avec la psychologue, la diététicienne, l'éducateur en activité physique adaptée selon les besoins et de l'évolution propre de chaque patient.

d) A 3 mois

Au temps de mi-parcours se rajoute l'atelier collectif d'activité physique adaptée sur « les perceptions corporelles» (Annexe 3). L'atelier collectif diététique travaille sur « ma relation à l'alimentation ».

e) A 5 mois

Un atelier de "mise en mouvement" est proposé par l'éducateur en activité physique adaptée, qui propose un travail endurant, musculaire et d'assouplissement, à travers des pratiques adaptées de découverte (vélo, gymnastique avec ballon, gymnastique douce, étirement initiation yoga...) et des jeux d'espace (jeux de ballon, de déplacements...).

f) A 6 mois

A la fin du parcours, une synthèse d'équipe est menée pour discuter de l'orientation du patient pour la suite de la prise en charge avant la consultation de fin de parcours du médecin référent. Dans cette consultation, chaque patient reprend sa progression dans le parcours, les modifications des comportements alimentaires et en activité physique acquises, les points à améliorer. Le patient et le médecin élaborent des propositions pour poursuivre la prise en charge du patient en post-parcours à l'extérieur du centre hospitalier de Chambéry.

Un courrier synthétique rédigé par le médecin référent à l'issue de cette consultation est adressé au médecin généraliste et à tous les autres intervenants de la prise en charge du patient.

Après la fin du parcours, les patients sont revus en consultation par le médecin référent à 6 mois. Ils peuvent être suivis de façon prolongée s'ils présentent une pathologie telle que le diabète de type 2 ou un souhait de projet de chirurgie bariatrique par exemple.

1.3 Groupe contrôle

Nous avons inclus sans les sélectionner tous les patients inscrits sur liste d'attente du GEROM 73 à la date du 1er juillet 2015. Ces patients sur liste d'attente avaient leur première consultation prévue 6 mois plus tard avec le médecin référent du GEROM 73 afin de décider de l'inclusion en parcours préopératoire ou en parcours non opératoire en fonction des souhaits du patient et des éventuelles contre-indications temporaires ou définitives à la chirurgie bariatrique.

2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal était d'évaluer l'impact du parcours non opératoire et du parcours opératoire du GEROM 73 sur la qualité de vie des patients obèses, obtenu à la fin des parcours par le biais du questionnaire de qualité de vie : « Echelle de Qualité de Vie, Obésité et Diététique » (EQVOD) (Annexe 5) (26).

Les objectifs secondaires étaient :

- De caractériser notre population (caractéristiques initiales) ;
- D'évaluer l'impact du GEROM 73 sur les éléments d'anxiété-dépression à 6 mois par le questionnaire « Hospital Anxiety and Depression Scale » (HAD-S) (Annexe 6) ;
- D'évaluer l'impact du GEROM 73 sur les troubles des conduites alimentaires à 6 mois par le questionnaire « Dutch Eating Behaviour Questionary » (DEBQ) (Annexe 7) ;
- D'évaluer l'impact du GEROM 73 sur l'évolution du poids à 6 mois chez les patients pris en charge.

3. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le score de qualité de vie obtenu à l'entrée dans le parcours (M0) et à la fin du parcours (M6).

Les critères de jugement secondaires étaient le score d'anxiété-dépression ainsi que le score des troubles du comportement alimentaire à M0 et à M6.

4. Population incluse

Nous avons inclus 46 patients consécutifs dans le groupe traité (groupe non opératoire et groupe préopératoire) et 27 patients dans le groupe contrôle pour ce travail.

Pour le groupe traité, tout patient présentant une obésité de grade 3 (IMC supérieur ou égal à 40 kg/m²) ou une obésité de grade 2 ((IMC supérieur ou égal à 35 kg/m²) avec comorbidités, inclus dans le GEROM 73, était inclus selon la file active, dans ce travail.

Pour le groupe contrôle, tout patient présentant une obésité de grade 3 (IMC supérieur ou égal à 40 kg/m²) ou une obésité de grade 2 ((IMC supérieur ou égal à 35 kg/m²) avec comorbidités inscrit sur la liste d'attente du GEROM 73 à la date du 1er juillet 2016 était inclus.

Les critères d'exclusion étaient :

- IMC inférieur à 35 kg/m²
- refus de participation au travail de thèse
- patients non suivis par le médecin référent

5. Méthodologie

5.1 Recueil des données à M0

- Population traitée (parcours non opératoire et préopératoire) :

Les questionnaires auto administrés (EQVOD, HAD-S et DEBQ) étaient distribués par les infirmières de l'unité du GEROM 73 au moment de l'accueil des patients lors de la semaine d'hospitalisation initiale.

Les infirmières de l'unité ainsi que la psychologue, la diététicienne, l'éducateur en activité physique adaptée et les secrétaires ont été préalablement informées de l'étude, de ses objectifs et de son déroulement. Ils ont été sensibilisés aux questionnaires distribués afin de pouvoir répondre aux éventuelles questions des patients concernant les modalités de réponse ou les objectifs.

Les questionnaires étaient distribués aux patients avec une feuille explicative sur contenu du questionnaire, l'objectif de l'étude, les modalités de réponse et les destinataires du questionnaire. Ils étaient également informés de la nécessité d'être sollicité 6 mois plus tard avec le même questionnaire (Annexe 8). Les patients y notaient leur nom, prénom, date de naissance et situation maritale.

Le recueil des questionnaires était effectué par les infirmières de l'unité au cours de la semaine initiale d'hospitalisation. Une enveloppe cachetable était jointe au questionnaire afin de préserver la confidentialité du retour des réponses.

Les infirmières assistaient les patients dans les réponses au questionnaire en cas de barrière de langue ou d'analphabétisme.

- Population contrôle :

Le questionnaire était envoyé par voie postale au domicile du patient avec la même feuille explicative et un courrier de présentation (Annexe 9).

Une enveloppe de retour pré timbrée adressée au secrétariat du médecin référent du GEROM 73 était jointe.

Les patients du groupe contrôle recevaient ce courrier 6 mois avant leur premier rendez-vous prévu avec le médecin référent pour l'inclusion dans le GEROM 73, soit en parcours non opératoire, soit en parcours préopératoire.

5.2 Recueil des données à M6

- Population traitée :

- Pour les patients du parcours préopératoire, les mêmes questionnaires étaient fournis, accompagnés d'une enveloppe cachetable et d'une nouvelle feuille explicative (Annexe 10). Ils étaient distribués et recueillis par les infirmières de l'unité à l'occasion de l'hospitalisation de jour en fin de parcours.
- Pour les patients du parcours non opératoire, les mêmes questionnaires et la feuille explicative étaient distribués par la secrétaire du médecin référent avant la consultation de fin de parcours et étaient recueillis par le médecin référent ou par la secrétaire après la consultation.

- Population contrôle :

Les mêmes questionnaires étaient distribués par la secrétaire du médecin référent avant la première consultation pour l'inclusion dans le GEROM 73. Ils étaient recueillis par le médecin référent ou par la secrétaire après la consultation.

Pour chaque patient de la population traitée et contrôle, à M0 comme à M6, les antécédents, le poids, la taille, l'IMC et l'existence d'une sédentarité ont été obtenus par consultation du courrier du médecin référent via le dossier informatique et le logiciel Crossway du centre hospitalier. La sédentarité était définie par une balance dépense / apport énergétique défavorable, favorisant la prise de poids, cette notion était recueillie via l'interrogatoire du patient par le médecin référent au moment de la première consultation.

A M0 comme à M6, pour la population traitée comme pour la population contrôle, si un questionnaire n'avait pas été distribué par omission ou par non venue du patient, il était envoyé par voie postale au domicile du patient accompagné d'un courrier explicatif et d'une enveloppe de retour pré timbrée adressée au secrétariat du médecin référent du GEROM 73.

5.3 Questionnaires utilisés

a) *Questionnaire de qualité de vie :*

Le questionnaire de qualité de vie choisi pour ce travail était l'Echelle de Qualité de Vie, Obésité et Diététique (EQVOD) (27) (Annexe 5). Il s'agit d'une échelle validée, spécifique de l'obésité, en français créée à partir du questionnaire Impact of Weight on Quality Of Life (IWQOL) (28) et sa version courte IWQOL-Lite (29).

Le questionnaire EQVOD est adapté aux facteurs socioculturels de l'obésité et à son traitement diététique en France. Il est simple d'utilisation en auto-administration. Le questionnaire est composé de cinq dimensions : Impact physique (11 items), Impact psycho-social (11 items), Impact sur la vie sexuelle (4 items), Bien-être alimentaire (5 items) et Vécu du régime/Diététique (5 items). Le nombre total d'items est de 36. Chaque item est coté de 1 à 5, correspondant à toujours/énormément et jamais/pas du tout, respectivement. Chaque dimension permet d'obtenir un score sur 100. Plus le score est proche de 100/100, plus la qualité de vie en lien avec cette dimension est bonne.

b) *Questionnaire anxiété-dépression :*

Le questionnaire choisi pour étudier les éléments d'anxiété-dépression était l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD-S) (30) (Annexe 6). L'échelle HAD-S est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété et sept autres à la dimension dépressive, permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21). Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, pour chacune des deux dimensions, un score de 7 ou moins est en faveur d'une absence de symptomatologie, un score entre 8 et 10 en faveur d'une symptomatologie douteuse et un score de 11 et plus est en faveur d'une symptomatologie certaine.

Cette échelle est validée en français (31), utilisée dans de nombreuses études et pertinente pour évaluer l'existence et la sévérité des symptômes de troubles anxieux et dépressif à la fois chez des patients en soins somatiques, psychiatriques ou en soins primaires ainsi que dans la population générale (32).

c) *Questionnaire des troubles du comportement alimentaire :*

Nous avons choisi la version française du Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) (Annexe 7) (33) (34). Développé par Van Strien et al. en 1986, il permet d'évaluer 3 facteurs distincts du comportement alimentaire que sont : la restriction cognitive, l'alimentation émotionnelle et l'externalité. Cet outil a été élaboré pour mieux caractériser les habitudes alimentaires des sujets obèses.

Le DEBQ comporte 33 questions à choix simple avec des propositions de degré croissant : jamais, rarement, parfois, souvent, très souvent, et une catégorie « non concerné » pour certains items. C'est un questionnaire de fréquence. 10 questions portent sur la restriction cognitive (questions n° 4, 7, 11, 14, 17, 19, 22, 26, 29, 31), 13 questions sur l'alimentation émotionnelle (questions n° 1, 3, 5, 8, 10, 13, 16, 20, 23, 25, 28, 30, 32) et 10 questions sur l'externalité alimentaire (questions n° 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 33).

Le score de restriction permet de relever une volonté organisée du patient de contrôler son poids. Si la moyenne des réponses relatives à la restriction cognitive est supérieure à 3, le sujet peut être considéré comme restreint.

Le score d'émotivité mesure l'existence d'émotions à l'origine d'une prise alimentaire, c'est-à-dire s'il existe une influence de l'humeur sur l'alimentation. Il est composé de deux sous parties : les questions n° 3, 8, 10 et 28 étudient l'émotivité diffuse, c'est-à-dire relative à des émotions non clairement étiquetées et les questions n° 1, 5, 13, 16, 20, 23, 25, 30, 32 évaluent l'émotivité définie, c'est-à-dire relative à des émotions clairement identifiées. Si la moyenne des réponses relatives à l'alimentation émotionnelle est supérieure à 3, le sujet présente une alimentation émotionnelle.

Le score d'externalité permet de savoir si le sujet est sensible aux stimuli externes des aliments, si les qualités sensorielles des aliments influencent les prises alimentaires. Si la moyenne des réponses relatives à l'externalité est supérieure à 3, le sujet présente une externalité.

5.4 Définitions des troubles des conduites alimentaires du manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux IVème et Vème éditions (DSM IV et V)

L'existence de troubles du comportement alimentaire liés à l'excès d'alimentation autres que la Boulimie (*Bulimia nervosa*) a été longtemps suspectée (35). Aujourd'hui, leur existence est clairement reconnue et identifiée, depuis le DSM IV (36) notamment, sous l'appellation « hyperphagie boulimique » ou « binge eating disorder ».

Nous nous sommes intéressés à ces troubles des conduites alimentaires regroupés sous l'intitulé « hyperphagie boulimique » ou « binge eating disorder » selon les critères du DSM IV, car il s'agit d'une catégorie de trouble des conduites alimentaires parfois retrouvés dans les populations de patients atteints d'obésité. Nous avons arbitrairement choisi d'employer dans le texte le terme de « Binge Eating Disorder » (BED) afin de simplifier la lecture.

Le DSM IV définit précisément les différents troubles des conduites alimentaires reconnus, avec des critères proposés pour la recherche concernant le BED (Annexe 11).

Le BED est défini dans le DSM IV comme la survenue récurrente de crises de boulimie, associées à au moins trois des caractéristiques suivantes :

1. manger beaucoup plus rapidement que la normale
2. manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale
3. manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim
4. manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe
5. se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé ;

De plus, le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée et survient, en moyenne, au moins 2 jours par semaine pendant 6 mois. Il n'est pas associé au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés (p. ex., vomissements ou prise de purgatifs, jeûne, exercice physique excessif) et ne survient pas exclusivement au cours d'une Anorexie mentale (*Anorexia nervosa*) ou d'une Boulimie (*Bulimia nervosa*) (36).

Selon le DSM IV, dans des échantillons issus de programmes de diététique, la prévalence générale du trouble varie approximativement de 15 % à 50 % (avec une moyenne de 30 %), les

femmes présentant ce comportement alimentaire 1,5 fois plus souvent que les hommes. Dans des échantillons de non-consultants de la population, une prévalence de 0,7 % à 4 % a été retrouvée. Le début du trouble se situe typiquement en fin d'adolescence ou peu après l'âge de 20 ans, et suit souvent de près une perte de poids importante consécutive à un régime (36).

L'étude française de Basdevant et al. en 1995, retrouve des résultats équivalents en termes de prévalence dans l'échantillon de non-consultants mesurée à 0,7%. La prévalence dans l'échantillon de patients souhaitant une prise en charge diététique est inférieure dans cette étude par rapport à celle décrite dans le DSM IV avec 9 et 15% en cabinet libéral et en milieu hospitalier, respectivement (37).

Le DSM IV rapporte également que les patients obèses pris en charge dans des centres de diététiques et présentant un BED, expriment plus souvent un dégoût d'eux-mêmes, un dégoût pour les dimensions de leur corps, de la dépression, de l'anxiété, des inquiétudes concernant leur état somatique et une hypersensibilité interpersonnelle par rapport à des patients de même poids qui ne présentent pas ce trouble des conduites alimentaires (36).

Concernant le BED, l'apport du DSM V permet de spécifier les critères de rémission partielle ou totale.

Le DSM V spécifie la sévérité basé sur le critère de fréquence qui devient au moins un épisode par semaine pendant 3 mois et précise le degré de sévérité du trouble, basé sur la fréquence des épisodes de « binge eating » : léger : 1 à 3 épisodes par semaine ; modéré : 4 à 7 épisodes par semaines ; sévère : 8 à 13 épisodes par semaine ; extrême : plus de 14 épisodes par semaine. (Annexe 12).

Ce trouble est souvent relié à un affect négatif. D'autres facteurs déclencheurs décrit par le DSM V sont le stress, les restrictions alimentaires, les sentiments négatifs associés au poids, à la forme du corps, à la nourriture et l'ennui.

Le DSM V distingue cependant l'obésité du BED : tous les patients atteints d'obésité ne sont pas affectés par ce trouble.

De plus, relativement à des patients de poids comparables indemnes de ce trouble, les patients obèses atteints de BED ont significativement une moins bonne qualité de vie et une plus grande comorbidité psychiatrique (troubles bipolaires, troubles anxieux, troubles dépressifs et toxicomanie à un degré moindre). La comorbidité psychiatrique est liée à la sévérité du BED et non pas au degré d'obésité (38).

Pour beaucoup de patients affectés par ce trouble, l'existence d'un régime apparaîtrait après le développement du BED.

En ce qui concerne les conséquences fonctionnelles du BED, le DSM V confirme l'altération de la qualité de vie et ajoute une augmentation de la morbidité et de la mortalité médicale, et l'augmentation de l'utilisation des soins de santé associés par rapport à des patients témoins de poids comparables. Elle peut également être associée à un risque accru de gain de poids et de développement de l'obésité (39)

5.5 Les troubles du comportement alimentaire dans l'obésité : théorie de la restriction cognitive, de l'alimentation émotionnelle et de l'externalité

En plus de ceux décrits dans le DSM IV et V, il nous a paru intéressant d'étudier dans notre population les autres troubles du comportement alimentaire décrits en nutrition pouvant être un facteur étiologique à l'origine du développement de l'obésité.

Il est habituellement décrit le grignotage, défini par l'ingestion répétée quasi automatique de petites quantités de divers aliments non spécifiques mais souvent à connotation sucrée ou hautement palatables, sans ressentir de faim ou d'appétit bien que les aliments consommés soient souvent jugés agréables. C'est un comportement « passif » où la disponibilité des aliments, facilement accessibles, joue un rôle essentiel. Ils sont fréquemment associés à une sensation d'ennui.

Les compulsions ou « craving » sont définies par une consommation impulsive et brutale d'un aliment donné (ou d'une catégorie d'aliments) souvent apprécié, en dehors des repas, typiquement en réponse à une envie plutôt qu'à la faim. On retrouve initialement un soulagement voire un plaisir puis très fréquemment un sentiment désagréable de culpabilité.

L'hyperphagie prandiale correspond à une augmentation des apports caloriques au moment des repas. Elle peut être liée à une augmentation de la faim ou de l'appétit, une sensibilité excessive au plaisir sensoriel associé aux aliments, un recul de rassasiement ou une absence de satiété, un dépassement de la satiété.

Dans cette étude, via l'utilisation du questionnaire DEBQ (Annexe 7), nous avons souhaité plus particulièrement investiguer la restriction cognitive, l'alimentation émotionnelle et l'externalité de notre population.

-La théorie de la restriction cognitive :

La restriction cognitive est habituellement décrite comme deux états alternant entre eux avec une périodicité variable. Le premier état se caractérise par un hypercontrôle au cours duquel le sujet inhibe ses sensations alimentaires et maîtrise son comportement alimentaire, c'est la phase d'inhibition sans perte de contrôle. Ce premier état comporte deux phases : une phase volontariste où l'individu renonce délibérément à écouter ses sensations alimentaires de faim et de satiété pour s'en remettre à des règles devant permettre de contrôler le poids et une phase inconsciente où les sensations physiologiques sont brouillées et où le comportement alimentaire est gouverné par des processus cognitifs inconscients et des émotions. Le mangeur finit par organiser son comportement alimentaire autour de la peur de manquer, du couple frustration-culpabilité et du trouble du réconfort. Le second état consiste en un état de désinhibition et de perte de contrôle, prenant la forme d'accès hyperphagiques, de compulsions ou de crises

boulimiques (p. ex. binge eating disorder). Les facteurs déclenchants sont divers : exposition à des aliments interdits, émotions et dysphorie, prise d'alcool ou de médicaments, variations physiologiques, accès de fatigue, événements de vie entraînant une rupture de l'équilibre psychologique de la personne (40).

La théorie de la restriction cognitive est une des théories les plus élaborées pour expliquer à la fois l'échec des méthodes amaigrissantes classiques et les problèmes engendrés par leur généralisation à une grande partie de la population occidentale.

-La théorie psychosomatique ou de l'alimentation émotionnelle :

L'alimentation émotionnelle ou théorie psychosomatique élaborée par Bruch en 1973, correspond au fait de manger en réponse à une émotion négative. En effet, dans ce cas, émotion et faim sont confondues, l'excès alimentaire est donc lié à l'excès émotionnel (41).

Pour expliquer ce phénomène, plusieurs hypothèses ont été émises : une fixation au stade oral : si l'enfant ne fait pas d'autres expériences hédoniques que l'alimentation alors il confondra l'amour maternel avec la nourriture et il pourra développer des troubles du comportement alimentaire ; autre suggestion : un trouble émotionnel non lié au stade oral : le sujet est incapable de prendre conscience de ses émotions et de mentaliser les conflits alors il détourne ce déficit par l'alimentation. C'est l'alexithymie énoncée par Sifneos en 1973, qui jouerait un rôle dans les troubles du comportement alimentaire. Sifneos définit l'alexithymie comme un déficit de l'affect : « une vie fantasmatique pauvre avec comme résultat une forme de pensée utilitaire, une tendance à utiliser l'action pour éviter les conflits et les situations stressantes, une restriction marquée dans l'expression des émotions et particulièrement une difficulté à trouver les mots pour décrire ses sentiments ».

Selon l'hypothèse de la théorie de l'alimentation émotionnelle, l'obésité pourrait donc se développer dans l'enfance à la faveur d'une confusion entre besoins nutritionnels et besoins affectifs ou à l'âge adulte en réaction à la peur de l'abandon ou la solitude.

Des études suggèrent une implication de l'alexithymie dans le BED et plus particulièrement l'existence d'un lien entre l'alexithymie et l'alimentation émotionnelle chez les sujets atteints de BED (42) (43).

Cependant, tous les patients atteints d'obésité ne répondent pas à cette théorie de l'alimentation émotionnelle. Devant ce constat, des chercheurs ont développés la théorie de l'externalité.

-La théorie de l'externalité :

Selon la théorie de l'externalité, proposée par Schachter et Rodin en 1974, certains obèses seraient insensibles aux signaux internes comme la faim, et hypersensibles aux signaux externes alimentaires (la vue, l'odeur des aliments et même les horaires des repas). Le sujet confond les

signaux internes et externes. La faim et la satiété sont mal interprétées voire absentes. Si le sujet est dans une société où l'accès aux aliments est limité, à heures fixes et régulières, il suivra ces règles et n'aura pas de problème de poids. Mais s'il a libre accès à la nourriture, alors ce type d'alimentation aboutirait à un surpoids ou une obésité.

Dans cette théorie, une privation générée par un régime par exemple pourrait renforcer ce phénomène d'hypersensibilité aux signaux externes alimentaires. Par ce biais, l'organisme ayant les « adipocytes en souffrance » à cause du régime, induirait la prise alimentaire pour compenser ce manque (théorie du set point) et pourrait contribuer au développement de l'obésité.

6. Saisie et analyse des données

Les données recueillies ont été anonymisées par un système de numérotation. Les données ont été collectées manuellement via un tableur Microsoft Excel. Le calcul des scores était automatisé via des formules de calcul dès que cela était possible afin de limiter au maximum le risque d'erreur. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel de statistiques R.

7. Aspect éthique

Le consentement écrit des patients était recueilli pour la participation à l'étude après information écrite sur les moyens et les objectifs du travail, le respect de la confidentialité et les destinataires des réponses aux questionnaires. Les patients étaient également informés de la nécessité de répondre au même questionnaire 6 mois plus tard dans le cadre du protocole de l'étude. (Annexe 8).

Ce travail a été déclaré au Département d'Information Médicale du centre hospitalier de Chambéry. Il n'a pas été nécessaire de faire une demande d'autorisation de lieu de recherche auprès de l'ARS.

Ce travail n'a pas nécessité de déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

RESULTATS

L'inclusion des patients a débuté le 5 janvier 2015. 46 patients du groupe traité ont été inclus selon la file active. Nous avons augmenté la période d'inclusion (initialement prévue jusqu'en juin 2015) à septembre 2015 afin d'augmenter la taille de notre échantillon. Le dernier patient a été inclus le 14 septembre 2015.

Dans le groupe contrôle, les 51 patients inscrits sur liste d'attente au 1er juillet 2015 et vus pour la première fois en consultation par le médecin référent entre le 3 novembre 2015 et le 29 mars 2015 ont été contactés.

Le diagramme de flux ci-dessous représente l'inclusion des patients et évolution de l'effectif au cours de l'étude (Figure 1) :

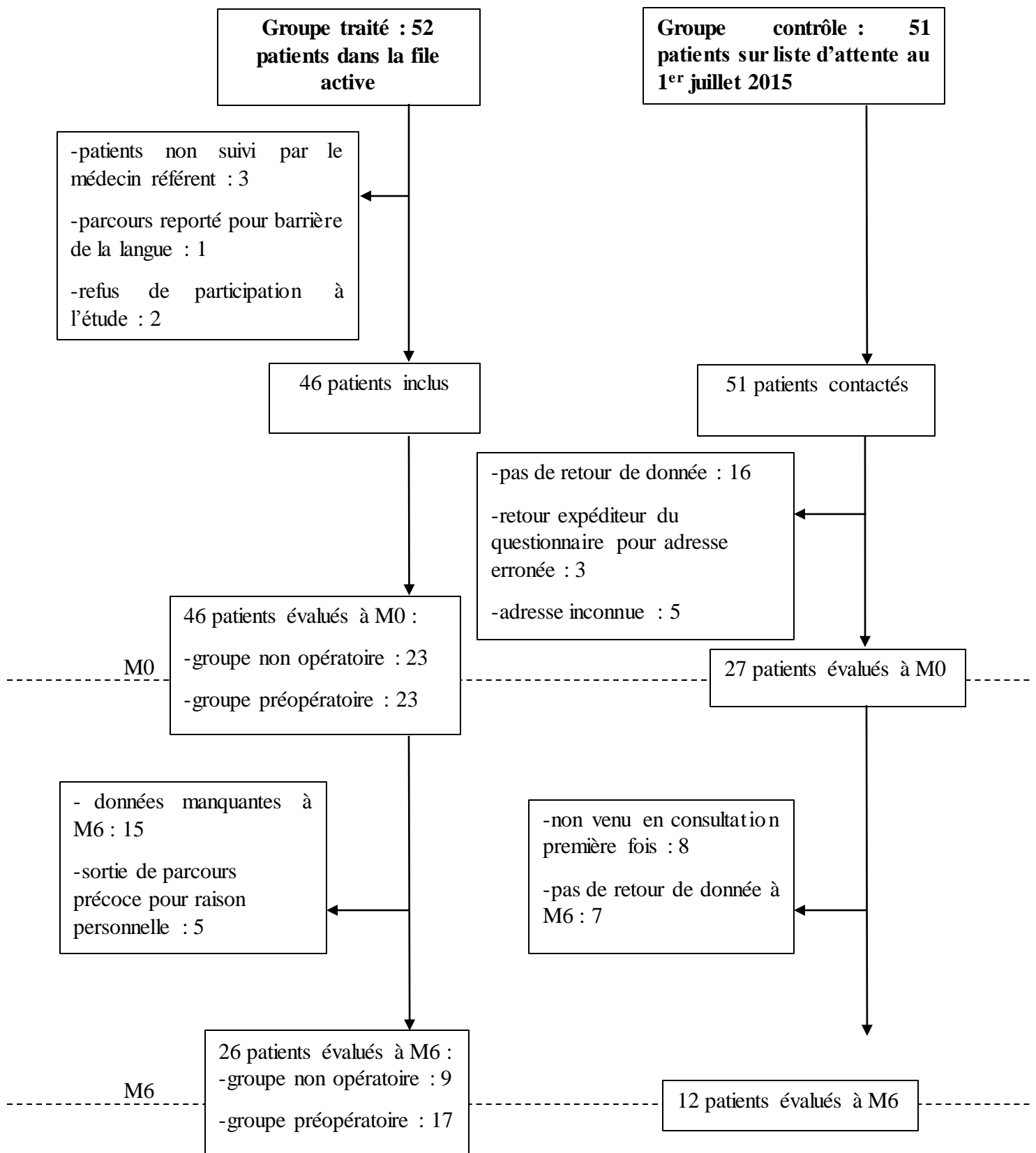


Figure 1 : Inclusion des patients et évolution de l'effectif au cours de l'étude

1. Caractéristiques des patients à l'inclusion

1.1 Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques principales de notre population sont présentées dans le tableau 1.

	Groupe non opératoire	Groupe préopératoire	Total Groupe traité	Groupe contrôle	p
Nombre de patient (nbre)	23	23	46	27	
Sexe féminin (nbre (%))	18 (78,2)	19 (82,6)	37 (80,4)	23 (85)	0,86
Age (en années +/- DS)	46,7 (12,8)	34 (11,9)	40,3 (13,9)	47 (15,5)	0,08
Statut conjugal (nbre (%))	(n= 22)	(n= 22)	(n= 44)	(n=27)	
veuf(ve)	3 (13,6)	0 (0)	3 (6,8)	1 (3,7)	-
célibataire	9 (40,9)	10 (45,4)	19 (43,2)	6 (22,2)	-
en couple/marié	10 (45,4)	12 (54,5)	22 (50)	20 (74)	-

Tableau 1 : Principales caractéristiques sociodémographiques de notre population initiale.

DS : Déviation Standard ; nbre : nombre ; (n= x) précise le nombre de patients concernés en cas de non répondant ; p : p-value entre groupe traité et groupe contrôle

Notre population est constituée de 80,4% de femmes. Elles sont 85% dans le groupe contrôle.

L'âge moyen est de 40,3 ans dans le groupe traité et de 47 ans dans le groupe contrôle.

Le groupe traité et le groupe contrôle étaient comparables concernant l'âge et le sexe (Tableau 1).

1.2 Caractéristiques cliniques

Les caractéristiques cliniques initiales de notre population sont présentées dans le tableau 2.

	Groupe non opératoire (n=23)	Groupe préopératoire (n=23)	Total groupe traité (n=46)	Groupe contrôle (n=20)	p
Poids (kg +/- DS)	116,5 (17,8)	125 (19,3)	121,4 (18,35)	117 (20,4)	0,49
IMC (kg/m ² +/- DS)	41,7 (4,5)	45 (7,5)	43,3 (6,35)	43,6 (5,5)	0,38
Répartition en fonction de l'IMC (nbre (%))					
Obésité grade 1 (IMC 30-34,9)	1 (4,3)	0 (0)	1 (2,2)	1 (5)	-
Obésité grade 2 (IMC 35-39,9)	8 (34,78)	7 (30,4)	15 (32,6)	4 (20)	-
Obésité grade 3 (IMC > 40)	14 (60,8)	16 (69,5)	30 (65,2)	15 (75)	-

Tableau 2 : Principales caractéristiques cliniques de notre population initiale.

DS : Déviation Standard ; nbre : nombre ; (n= x) précise le nombre de patients concernés en cas de non répondant ; IMC : Indice de Masse Corporelle ; p : p-value entre groupe traité et groupe contrôle

Le poids moyen est de 121,4 kg dans le groupe traité et de 117 kg dans le groupe contrôle. L'IMC moyen est de 43,3 +/- 6,1 [extrêmes : 35,1 - 61,77] kg/m² dans le groupe traité et 43,6 +/- 5,5 [extrêmes : 34,5 – 53,8] kg/m² dans le groupe contrôle.

Il y a 75% de patients atteints d'obésité de grade 3 dans le groupe contrôle versus 60,8% dans le groupe non opératoire et 69,5% dans le groupe préopératoire.

Le groupe traité et le groupe contrôle étaient comparables concernant le poids et l'IMC (Tableau 2).

1.3 Principales comorbidités de notre population initiale

81,6% des patients traités ont au moins une comorbidité associée à l'obésité (Tableau 3).

	Groupe non opératoire	Groupe préopératoire	Total groupe traité	Groupe contrôle
nombre de patient (n (%))	23 (100)	23 (100)	46 (100)	15 (55,5)
Comorbidités cardiovasculaires				
coronaropathie	1 (4,3)	0 (0)	1 (2,2)	0 (0)
HTA	9 (39,1)	4 (17,4)	13 (28,3)	4 (26,6)
dyslipidémie	2 (8,7)	3 (13)	5 (10,8)	1 (6,6)
Comorbidités appareil respiratoire				
SAOS	10 (43,5)	10 (43,5)	20 (43,5)	4 (26,6)
Asthme	2 (8,7)	1 (4,3)	3 (6,5)	0 (0)
Comorbidités endocriniennes				
DT2 non IR	4 (17,4)	4 (17,4)	8 (17,4)	2 (13,3)
DT2 IR	4 (17,4)	2 (8,7)	6 (13)	0 (0)
dysthyroïdie	1 (4,3)	1 (4,3)	2 (4,3)	2 (13,3)
Comorbidités appareil digestif				
Stéatose hépatique non alcoolique	4 (17,4)	1 (4,3)	5 (10,8)	0 (0)
Reflux gastro-oesophagien	4 (17,4)	2 (8,7)	6 (13)	0 (0)
Comorbidités appareil locomoteur				
Arthrose	1 (4,3)	0 (0)	1 (2,2)	3 (20)
Gonalgie	1 (4,3)	3 (13)	4 (8,7)	1 (6,6)
Dorsolombalgie	3 (13)	2 (8,7)	5 (10,8)	2 (13,3)
Comorbidités psychiatriques				
Syndrome anxio-dépressif	3 (13)	4 (17,4)	7 (15,2)	2 (13,3)
Pathologie psychotique	1 (4,3)	0 (0)	1 (2,2)	0 (0)

Tableau 3 : Comorbidités principales de notre population.

n précise le nombre de patients concernés en cas de non répondant

HTA : Hypertension Artérielle

SAOS : Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil

DT2 non IR : Diabète de Type 2 non Insulino-Requérant

DT2 IR : Diabète de Type 2 Insulino-Requérant

On constate que 43,5% des patients du groupe traité avaient un SAOS, répartis également dans le groupe préopératoire et le groupe non opératoire.

Avec le SAOS, l'hypertension artérielle était la comorbidité la plus retrouvée avec 28,3% du groupe traité (dont 39,1% dans le groupe non opératoire) et 26,6% du groupe contrôle.

Le diabète de type 2 non insulino-requérant concernait 17,4% des patients du groupe traité, là encore répartis également dans les 2 groupes préopératoire et non opératoire. Dans le groupe non opératoire, 17,4% des patients avaient un diabète de type 2 insulino-requérant.

15,2% des patients du groupe traité présentaient un syndrome anxio-dépressif avec 17,4% dans le groupe préopératoire et 13,3% dans le groupe non opératoire.

1.4 Sédentarité

	Groupe non opératoire	Groupe préopératoire	Total groupe traité	Groupe contrôle	p
nombre de patients (n(%))	19 (82,6)	22 (95,6)	41 (89,2)	17 (63)	
Sédentarité (n (%))	18 (94,7)	21 (95,4)	39 (95,1)	14 (82,4)	0,0006

Tableau 4 : Sédentarité dans notre population.

(n= x) précise le nombre de patients concernés en cas de non répondant ; p : p-value entre groupe traité et groupe contrôle

On retrouvait une sédentarité chez 95,1% des patients du groupe traité et 82,4% des patients du groupe contrôle.

Il y avait une différence statistiquement significative entre le groupe traité et le groupe contrôle ($p < 0,05$).

2. Résultats sur le critère de jugement principal

2.1 Score moyen de l'EQVOD : résultats à M0

Le score moyen total sur 100 de l'EQVOD à M0 était de 55,84 points dans le groupe préopératoire et de 54,92 points dans le groupe non opératoire. Le groupe contrôle avait un score moyen total de 54,85 points.

Dans le groupe préopératoire, la sous-catégorie « impact vie sexuelle » avait le score le plus élevé avec 63,64 points. La sous-catégorie « impact physique » recueillait 59,17 points et la sous-catégorie « impact psychosocial » 55,03 points.

Pour le groupe non opératoire, le score le plus élevé était retrouvé pour la sous-catégorie « impact vie sexuelle » avec 67,11 points. Les sous-catégories « impact psycho-social » et « impact physique » recueillaient respectivement 56,7 et 55,57 points.

Les principaux résultats des scores moyens de l'EQVOD à M0 sont présentés dans le tableau 5.

	Groupe préopératoire	Groupe non opératoire	Total groupe traité	Groupe contrôle
Score total moyen sur 100 de l'EQVOD à M0	55,84	54,92	55,38	54,85
Score moyen sur 100 des sous-catégories à M0				
Impact physique	59,17	55,57	57,37	51,67
Impact psycho-social	55,03	56,7	55,88	56,95
Impact vie sexuelle	63,64	67,11	65,24	64,78
Bien-être alimentaire	51,48	51,82	51,64	52,14
Vécu du régime	50,55	45,14	47,91	51,55

Tableau 5 : Score moyen sur 100 de l'EQVOD à M0 : score total et scores des sous-catégories selon les groupes

2.2 Score moyen de l'EQVOD : résultats à M6

A M6, le score moyen total de l'EQVOD était de 65,16 points sur 100 pour le groupe préopératoire contre 56,55 points pour le groupe non opératoire.

Pour le groupe préopératoire, le score moyen le plus élevé était retrouvé pour la sous-catégorie « impact vie sexuelle » avec 74,64 points. Les sous-catégories « impact psycho-social » et « impact physique » recueillaient 71,21 et 66,83 points respectivement.

Pour le groupe non opératoire, la sous-catégorie « impact vie sexuelle » avait le score moyen le plus élevé avec 64,44 points. Les sous-catégories « impact psycho-social » et « vécu du régime » recueillaient respectivement 59,4 et 55,11 points.

Les principaux résultats des scores moyens de l'EQVOD à M6 sont présentés dans le tableau 6.

	Groupe préopératoire	Groupe non opératoire	Total groupe traité	Groupe contrôle
Score total moyen sur 100 de l'EQVOD à M6	65,16	56,55	62,06	56,6
Score moyen sur 100 des sous-catégories à M6				
Impact physique	66,83	51,8	61,42	59,55
Impact psycho-social	71,21	59,4	66,96	59,24
Impact vie sexuelle	74,64	64,44	70,65	62,27
Bien-être alimentaire	60	52	57,12	47,27
Vécu du régime	54,4	55,11	54,67	52,72

Tableau 6 : Score moyen sur 100 de l'EQVOD à M6 : score total et scores des sous-catégories selon les groupes

2.3 Evolution du score moyen de l'EQVOD entre M0 et M6

Le groupe préopératoire avait un score total moyen de l'EQVOD à M6 augmenté de 9,32 points par rapport à celui de M0. Le score moyen de la sous-catégorie « impact psychosocial » avait l'augmentation la plus importante avec +16,18 points en 6 mois. Le score moyen de la sous-catégorie « impact vie sexuelle » est amélioré de 11 points en 6 mois et le score moyen de la sous-catégorie « bien-être alimentaire » de +8,52 points. Aucun score moyen de sous-catégorie n'était diminué à 6 mois dans ce groupe.

Le groupe non opératoire avait un score total moyen de l'EQVOD à M6 augmenté de 1,63 point par rapport à celui de M0. Le score moyen de la sous-catégorie « vécu du régime » avait l'augmentation la plus importante avec +9,97 points en 6 mois. Le score moyen de la sous-catégorie « impact physique » a diminué à 6 mois (-3,77 points) ainsi que le score moyen de la sous-catégorie « impact vie sexuelle » (-2,67 points).

Dans le groupe contrôle, pour 3 sous-catégories sur 5, le score moyen était diminué entre M0 et M6 (« impact vie sexuelle », « bien-être alimentaire » et « vécu du régime »). Le score moyen total de l'EQVOD à 6 mois dans ce groupe était de +1,75 point.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les différents groupes sur l'évolution du score moyen de l'EQVOD à 6 mois ($p=0,1145$ donc $> 0,05$). L'étude ne permet pas de démontrer la supériorité d'un groupe par rapport à un autre sur l'évolution du score total de l'EQVOD à 6 mois.

Les principaux résultats de l'évolution du score moyen de l'EQVOD sont présentés dans le tableau 7.

	Groupe préopératoire	Groupe non opératoire	Total groupe traité	Groupe contrôle	p
Evolution du score moyen de l'EQVOD entre M0 et M6	9,32	1,63	6,68	1,75	NS
Evolution du score moyen des sous-catégories de l'EQVOD entre M0 et M6					
Impact physique	7,66	-3,77	4,05	7,88	NS
Impact psycho-social	16,18	2,7	11,08	2,29	NS
Impact vie sexuelle	11	-2,67	5,41	-2,51	NS
Bien-être alimentaire	8,52	0,18	5,48	-4,87	NS
Vécu du régime	3,85	9,97	6,76	1,17	NS

Tableau 7 : Evolution du score moyen de l'EQVOD entre M0 et M6 : score total et scores des sous-catégories selon les groupes

NS : non significatif

L'évolution du score EQVOD entre M0 et M6 selon les groupes est représentée dans le graphique ci-dessous (figure 2) :

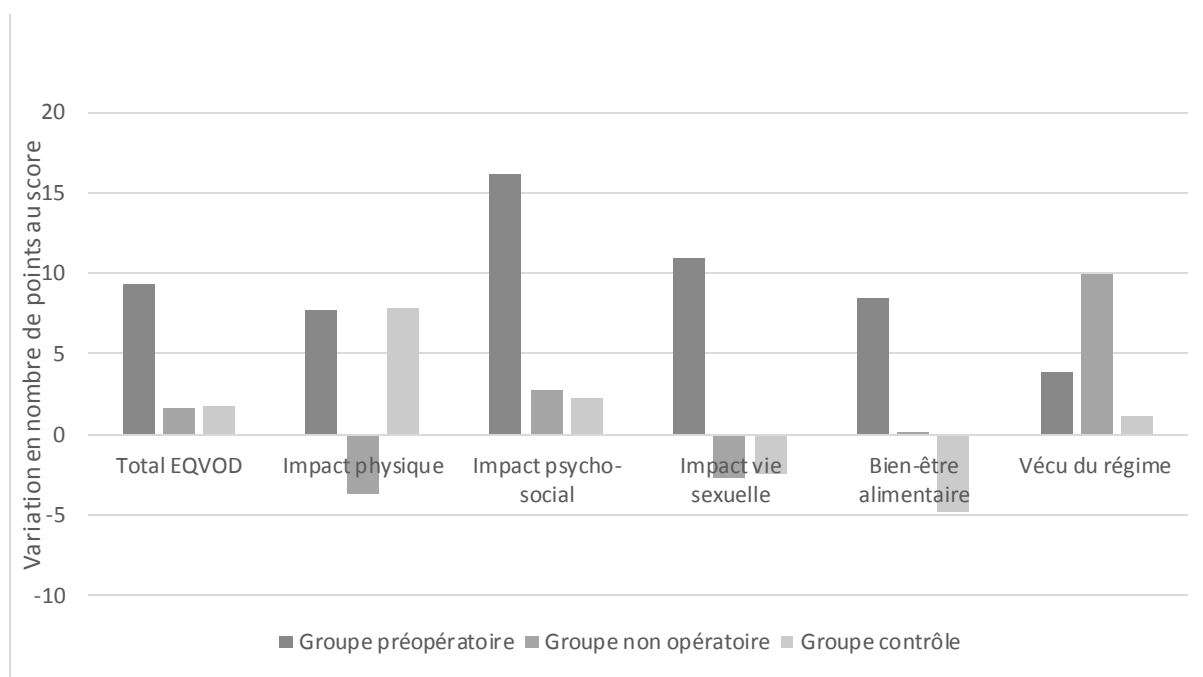


Figure 2 : Evolution du score de l'EQVOD entre M0 et M6 selon les groupes

3. Résultats sur les critères de jugements secondaires

3.1 Troubles du comportement alimentaire : scores moyens de restriction, émotivité et externalité (questionnaire DEBQ)

	Groupe préopératoire	Groupe non opératoire	Total groupe traité	Groupe contrôle	p
Score moyen DEBQ à M0					
Restriction	2,68	2,86	2,77	2,8	-
Emotivité	2,67	3,43	3,05	2,88	-
Externalité	2,87	3,03	2,95	2,93	-
Score moyen DEBQ à M6					
Restriction	2,51	2,63	2,55	2,78	-
Emotivité	2,02	2,94	2,35	2,89	-
Externalité	2,24	3,27	2,61	2,62	-
Evolution du score DEBQ entre M0 et M6					
Restriction	-0,17	-0,23	-0,22	-0,02	NS
Emotivité	-0,65	-0,49	-0,7	0,01	NS
Externalité	-0,63	0,24	-0,34	-0,31	0,001195

Tableau 8 : Score moyen du DEBQ à M0, M6 et évolution du score entre M0 et M6.

NS : non significatif

Dans le groupe préopératoire, initialement comme à M6, l'ensemble des scores moyens étaient inférieurs au score seuil pathologique (<3).

Dans le groupe non opératoire, les scores moyens « émotivité » et « externalité » étaient pathologiques initialement. A M6, le score moyen « émotivité » était devenu inférieur au score seuil pathologique et le score moyen « externalité » était toujours pathologique.

Il y avait une différence significative sur l'évolution du score moyen de la catégorie « externalité » entre les 3 groupes ($p < 0,01$) entre M0 et M6. Il n'a pas été réalisé d'étude statistique pour savoir en faveur de quel groupe l'évolution du score différait.

Il n'existait pas de différence significative entre les différents groupes sur l'évolution du score DEBQ pour les catégories « restriction » et « émotivité ».

3.2 Score de l'anxiété et dépression (questionnaire HAD-S)

	Groupe préopératoire	Groupe non opératoire	Total groupe traité	Groupe contrôle	p
Score moyen HAD-S à M0					
Anxiété	8,83	9,7	9,26	9,37	-
Dépression	7,48	7,52	7,5	8,48	-
Score moyen HAD-S à M6					
Anxiété	6,53	8	7,08	9,27	-
Dépression	4,6	7	5,43	7,45	-
Evolution du score HAD-S entre M0 et M6					
Anxiété	-2,3	-1,7	-2,18	-0,1	0,03554
Dépression	-2,88	-0,52	-2,07	-1,03	NS

Tableau 9 : Score moyen de l'anxiété et dépression à M0, M6 et évolution entre M0 et M6.

NS : non significatif

Initialement, quel que soit le groupe, les scores moyens d'anxiété et ceux de dépression étaient en faveur d'une symptomatologie douteuse car compris entre 7 et 11.

A M6, pour le groupe préopératoire les scores moyens d'anxiété comme de dépression étaient en faveur d'une absence de symptomatologie (inférieur à 7). Pour le groupe non opératoire, les scores moyens avaient diminué mais restaient supérieur ou égal à 7.

Il y avait une différence significative pour la catégorie « anxiété » entre les 3 groupes ($p < 0,05$) entre le score de M0 et celui de M6. . Il n'a pas été réalisé d'étude statistique pour savoir en faveur de quel groupe l'évolution du score différait.

Il n'existait pas de différence significative entre les différents groupes sur l'évolution du score HAD-S pour la catégorie « dépression ».

3.3 Poids et IMC

	Groupe préopérateur	Groupe non opératoire	Total groupe traité	Groupe contrôle
Moyenne du poids (en kg) à M0	125,45	117,42	121,43	116,98
Moyenne de l'IMC (en kg/m ²) à M0	45,16	41,48	43,31	43,58
Moyenne du poids (en kg) à M6	125,87	112,69	120,4	-
Moyenne de l'IMC (en kg/m ²) à M6	45,4	39,95	43,14	-
Evolution de la moyenne du poids (en kg) entre M0 et M6	0,42	-4,73	-1,03	-
Evolution de la moyenne de l'IMC (en kg/m ²) entre M0 et M6	0,24	-1,53	-0,17	-

Tableau 10 : Poids et IMC à M0, M6 et évolution entre M0 et M6.

IMC : Indice de Masse Corporelle

Dans le groupe préopérateur, le poids et l'IMC était relativement stable entre M0 et M6.

Dans le groupe non opératoire, la moyenne de l'évolution du poids était de -4,75 kg en 6 mois, soit -1,53 kg/m² d'IMC, soit une perte moyenne de 4,1% du poids du corps initial.

DISCUSSION

1. A propos de la méthodologie

Notre étude s'intéresse de façon assez inédite à l'impact d'une prise en charge pluri professionnelle au sein d'une unité de soins spécialisée, sur la qualité de vie des patients atteints d'obésité, en s'affranchissant du critère classique de pourcentage de perte de poids. Dans ce domaine spécifique, la littérature traitant au premier plan de la qualité de vie des patients atteints d'obésité en cours de prise en charge pluridisciplinaire, reste encore assez pauvre.

Il s'agit de la première étude de ce type au sein de l'unité spécialisée du GEROM 73 du centre hospitalier de Chambéry.

1.1 La population

L'effectif de l'étude est faible. Cela est en partie dû à la capacité de l'unité limitée à 8 nouveaux patients par semaine.

1.2 La période d'inclusion et la durée du suivi

L'inclusion des patients s'est déroulée de Janvier 2015 à Septembre 2015 et le suivi prospectif s'est terminé en Avril 2016. Cette période per annuelle est intéressante pour limiter l'impact potentiel des variations saisonnières sur la qualité de vie. En effet, l'observance des règles hygiéno-diététiques (activité physique, diététique) ainsi que l'humeur peuvent être partiellement conditionnés par la saison (luminosité, météorologie, périodes de fêtes, vacances, etc.).

La durée de suivi était de 6 mois. Ce choix était principalement contraint par l'étude prospective dans le cadre d'un travail de thèse. Cette période de suivi a permis de fournir une indication sur l'initiation et la volonté de mise en place des changements du mode de vie et des comportements, souhaités dans le cadre de la prise en charge de l'obésité et favorables à l'amélioration de la qualité de vie (activité physique, suivi des conseils diététiques, compréhension de la maladie, travail psycho-comportemental...). Cependant, cette durée de suivi ne permet pas d'évaluer le maintien de ces changements dans le temps : après une amélioration initiale, une dégradation de la qualité de vie est souvent retrouvée dans les études ayant un suivi prolongé (au moins 2 ans) même après une prise en charge par chirurgie

bariatrique (44) (45) (46). Une étude sur une période de temps plus prolongé, au moins 2 ans serait nécessaire.

1.3 Le recueil de données

a) Le recueil à M0 pour le groupe traité

Nous avons inclus tous les patients de la file active sauf 6 (2 refus de participation à l'étude, 3 patients non suivis par le médecin référent, 1 report de parcours pour barrière de la langue), ce qui limite le biais de sélection. De plus, une présentation des objectifs et modalités de l'étude avait été faite initialement à l'ensemble de l'équipe de l'unité du GEROM 73. Une présentation des questionnaires utilisés pour cette étude avait également été faite auprès de l'ensemble de l'équipe impliqué dans la distribution et le recueil des questionnaires pour une meilleure collaboration de l'équipe et une diminution du biais d'intervention.

b) Le recueil à M0 pour le groupe contrôle

L'envoi des questionnaires par courrier postal a pu diminuer le taux de réponses par manque d'implication des patients concernés (patients sur liste d'attente, sans certitude d'intégrer le programme du GEROM 73, mode de communication impersonnel, problème logistique de retour des questionnaires). Nous avons voulu limiter un maximum le taux de non réponse en joignant au questionnaire un courrier de présentation (Annexe 9) ainsi qu'une feuille explicative (Annexe 8) sur le but, le déroulement de l'étude et les modalités de réponses au questionnaire. De plus, l'enveloppe de retour pré-timbrée avec l'adresse préinscrite fournie facilitait la logistique du retour.

Par le courrier postal, les patients concernés ont pu craindre un manque de confidentialité et d'anonymisation des données.

c) Le recueil à M6 pour le groupe traité

43,5% des patients de M0 sont perdus de vue à M6, dont 19% sont sortis précocement du parcours GEROM 73. 4 sorties précoces sur 5 faisaient partie du parcours non opératoire. Parmi les perdus de vue, 60% faisaient partis du parcours non opératoire.

Le nombre de perdus de vue peut être expliqué par différents motifs :

-l'existence de plusieurs intervenants pour la distribution et le recueil des questionnaires. En effet, l'existence d'un seul intervenant avec une part d'activité spécifiquement dédiée à la distribution et au recueil des questionnaires aurait pu augmenter le taux de réponse ;

-l'absence de réunion formalisée, dans un temps dédié, à l'équipe de l'unité dans le but de présenter précisément et profondément les objectifs de l'étude, son déroulement, sa logistique et l'intérêt général de l'étude pour améliorer le fonctionnement de l'unité ;

-l'absence de présentation formalisée de l'étude et de ses objectifs aux patients en début de parcours, par le biais d'un contenu défini, et réalisé par un intervenant désigné ;

-un effet de groupe ayant potentiellement influencé le taux de réponse : aucun retour des patients du parcours médical de M6 juin et de M6 septembre.

De plus, Nous avons voulu limiter le taux de non réponse à M6 en envoyant systématiquement un courrier de relance par voie postale avec la feuille explicative (Annexe 10), l'enveloppe de retour pré-timbrée et le questionnaire, à tous les patients n'ayant pas répondu à la première sollicitation. Un second courrier postal était envoyé en l'absence de retour du premier courrier.

d) Le recueil à M6 pour le groupe contrôle

55% des patients de M0 sont perdus de vue à M6 dans le bras contrôle, dont la moitié pour cause de non venue à la consultation première fois.

Le nombre de perdus de vue peut être en partie expliqué par un délai de consultation souvent considéré comme long (environ 1 an), en lien avec la difficulté d'adhésion à un projet de prise en charge au long cours. Cette difficulté est souvent rencontrée dans les populations constituées de patients atteints d'obésité. En effet, ces patients sont encore pour la plupart dans un besoin d'immédiateté, phénomène souvent entretenu par un passif de nombreuses tentatives de régimes dit « miracle » avec une accroche marketing promettant une perte de poids rapide et sans effort.

Là encore, l'absence de réunion formalisée à l'équipe de l'unité et l'existence de plusieurs intervenants impliqués dans la distribution et le recueil des questionnaires peuvent participer à l'explication concernant le nombre de perdus de vue. De la même façon que pour le groupe traité, l'existence d'un seul intervenant avec une part d'activité spécifiquement dédiée à la distribution et au recueil des questionnaires aurait pu augmenter le taux de réponse.

Pour limiter le taux de non réponse, nous avons également fait parvenir par voie postale le questionnaire, la feuille explicative (Annexe 8), le courrier de présentation (Annexe 9) et l'enveloppe de retour pré timbrée à tous les patients n'ayant pas répondu à la première sollicitation. Une deuxième relance identique était envoyée si besoin.

1.4 Les critères de jugement

Le critère de jugement principal choisi est le score de la qualité de vie. Nous avons choisi de mesurer la qualité de vie via un questionnaire spécifique de l'obésité, international et validé dans sa version française par l'équipe de Ziegler et al. (27) (Annexe 5). Il nous a paru intéressant et original de se détacher du critère habituel de pourcentage de perte de poids pour évaluer l'impact d'une prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité, que l'objectif soit une chirurgie bariatrique ou non.

La qualité de vie reste néanmoins un critère de mesure subjectif. Indépendamment de la prise en charge, elle peut être influencée par les événements de la vie vécus comme positifs ou négatifs, les croyances, les émotions ponctuelles ou l'état d'esprit dans lequel se trouve le patient au moment de répondre au questionnaire.

L'identification et la caractérisation des troubles du comportement alimentaire dans notre population présentait un apport intéressant afin de mieux connaître notre population et mieux définir ses besoins pour améliorer notre prise en charge concernant ces troubles souvent retrouvés dans les populations de patients pris en charge pour une obésité.

En France en 1995, l'équipe de Basdevant et al. avait mesuré la prévalence du BED à 15% des patientes souhaitant une prise en charge hospitalière de l'obésité contre 0,7% des femmes issues d'une base de données de population générale (37). Une étude plus récente, de 2001, menée aux États-Unis par l'équipe de Hudson et al. retrouvait une association significativement plus importante de BED pour les personnes ayant un IMC supérieur ou égal à 40kg/m² que pour les catégories d'IMC inférieur. De plus, ils retrouvaient une prévalence de ce trouble plus élevée que l'équipe de Basdevant et al. avec 3,5% des femmes et 2% des hommes des ménages américains. Le BED était significativement corrélé à l'existence de comorbidités du DMS IV telle que l'anxiété avec un odds ratio à 4,3 (IC à 95 : 2,6-7,1) et l'épisode dépressif majeur avec un odds ratio à 2,2 (IC à 95% : 1,3-3,7) (47).

Dans ce cadre, il aurait été intéressant d'inclure dans notre travail, un questionnaire portant sur la détection du BED. Cela nous aurait permis d'une part d'étudier les liens entre les comportements restrictifs, l'émotivité, l'externalité et le BED, et d'autre part de mesurer la prévalence du BED dans notre population.

Le repérage de l'anxiété et de la dépression dans notre population peut nous permettre d'améliorer la prise en charge de cet aspect important dans la palette étiologique multifactorielle de l'obésité. L'étude de Wardle et al. a montré que le BED était significativement associé à la dépression ($p < 0,001$) et à la mauvaise perception de l'image corporelle ($p < 0,001$). Ces résultats laissent penser qu'une meilleure prise en charge de la dépression serait un médiateur intéressant pour améliorer le BED (48).

De plus, le travail de Mazzeschi et al. a montré que l'existence d'un syndrome dépressif et/ou un score de qualité de vie faible à l'initiation d'une prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité

diminue l'observance à la participation aux séances d'activité physique. A la fin de la prise en charge, l'étude décrit des effets positifs sur le score de dépression et du composant mental du score de qualité de vie liés à la participation aux séances d'éducation thérapeutique alors que l'adhésion aux séances d'exercice physique est positivement corrélée à une amélioration du composant physique du score de qualité de vie et une diminution de l'IMC (49).

2. A propos des résultats

2.1 Représentativité de notre population

a) *Comparaison par rapport à la population générale*

L'âge moyen de notre population est de 40,3 ans, la majorité sont mariés ou en couple et il y a 80,4% de femmes. Cette proportion importante du sexe féminin est concordante avec les résultats de l'étude française ObEpi de 2012, où la prévalence de l'obésité dans la population générale était supérieure chez les femmes : 15,7 % versus 14,3% chez les hommes ($p < 0,01$). La prévalence de l'obésité est de 12,5% pour la population générale de Rhône-Alpes. De plus, la prévalence augmente avec l'âge : avant 55 ans, l'obésité féminine est plus importante que l'obésité masculine et cette tendance s'estompe ensuite, les courbes des deux sexes se superposant passé l'âge de la ménopause. (3).

Dans notre étude, l'IMC moyen est de 43,3 kg/m² et 32,6% des patients de la population prise en charge sont en obésité de grade 2 (IMC compris entre 35 et 39,9 kg/m²) et 65,2% sont en obésité de grade 3 (IMC supérieur ou égal à 40 kg/m²). Dans le rapport ObEpi 2012, la prévalence des obésités de grade 2 est de 2,5% pour les hommes et 3,7% pour les femmes, et celle des obésités de grade 3 de 0,6% pour les hommes et 1,6% pour les femmes (3). La proportion plus grande de patients en obésité de grade 3 dans notre étude par rapport à ceux de grade 2 peut s'expliquer par un recrutement biaisé. En effet, l'étude s'est déroulée au sein d'une unité spécialisée de prise en charge de l'obésité réservée aux patients atteints d'obésité sévère ou morbide (grade 2 et 3), souvent en échec de prise en charge par d'autres structures extrahospitalières et réseaux de soins plus classique (diététicienne libérale, endocrinologue libéral, psychologue libéral, médecin généraliste, réseau de ville, centre de cure...).

81% de notre population présentent au moins une comorbidité associée à l'obésité. Les comorbidités cardiovasculaires, telles que l'hypertension artérielle (28,3%), la dyslipidémie (10,8%), et les comorbidités respiratoires avec en particulier le Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil (43,5%) sont les plus largement représentées. La comorbidité endocrinienne telle que le diabète de type 2 non insulino-requérant est également prépondérante avec 17,4% de la population prise en charge atteinte.

L'étude ObEpi 2012 retrouve la prévalence de l'hypertension artérielle chez les individus obèses est de 34,7%, ce qui est en cohérence avec les résultats dans notre population. En 2012, le risque d'être traité pour hypertension artérielle était multiplié par 3,6 chez les personnes obèses par rapport aux sujets dont l'IMC est inférieur à 25 kg/m².

Selon ObEpi 2012, la prévalence des dyslipidémies chez les patients obèses est de 25,9%. Nous avons retrouvé une prévalence plus faible dans notre population.

Selon ObEpi 2012, la prévalence d'un diabète traité est de 16 % chez les patients obèses. Notre prévalence est légèrement plus élevée, ce qui peut s'expliquer par le fait que les patients inclus sont atteints d'obésité sévère ou morbide, souvent en échec des prises en charge précédentes. L'unité du GEROM 73 représente souvent le dernier recours pour la prise en charge de ces patients présentant les obésités les plus sévères.

b) Comparaison par rapport à d'autres prises en charges équivalentes

Une étude australienne de 2006 menée par l'équipe O'Brien et al. étudiait l'évolution de la qualité de vie dans 2 bras : un bras avec chirurgie (anneau gastrique) et un bras avec un programme non chirurgical comparable à la prise en charge réalisée dans l'unité du GEROM 73 (en dehors d'une prise en charge médicamenteuse par ORLISTAT dans l'étude O'Brien). La durée de l'étude était de 2 ans. Les caractéristiques sociodémographiques initiales de leurs populations étaient comparables aux nôtres concernant la moyenne d'âge, le pourcentage plus élevée de femmes. Concernant les comorbidités telles que l'hypertension artérielle, ils retrouvaient une prévalence moindre (17,5% dans le groupe non chirurgical et 22% dans le groupe chirurgical). Ce constat pourrait être expliqué par le fait que les IMC moyens initiaux étaient plus faibles dans l'étude O'Brien (33,5 kg/m² et 33,7 kg/m² dans le groupe non chirurgical et chirurgical respectivement) du fait de critères d'inclusion limitant l'IMC entre 30 et 35 kg/m².

La prévalence de la dyslipidémie et du diabète de type 2 sont difficilement comparables car ils ont relevé la glycémie moyenne et le taux de cholestérol moyen des 2 groupes (50).

Une étude plus récente de 2013 de Karlsen et al. comparait 2 bras d'intervention : un groupe chirurgical (bypass gastrique) et un groupe d'intervention médicale pure sur le mode de vie (activité physique, approche motivationnelle, diététique) tout à fait comparable à celle de notre étude. La durée de l'étude était de 1 an. Là encore, l'âge moyen et le pourcentage de sexe féminin était comparable à ceux de notre population, ainsi que l'IMC (IMC moyen de 44 kg/m² dans l'étude Karlsen). Il n'y avait pas de donnée concernant les comorbidités (51).

2.2 Résultats sur le critère de jugement principal

Dans notre étude, le groupe du parcours préopératoire avait un score total moyen de l'EQVOD à M6 augmenté de 9,32 points par rapport à celui de M0. Le groupe du parcours non opératoire avait un score total moyen de l'EQVOD à M6 augmenté de 1,63 point par rapport à celui de M0, tandis que dans le groupe contrôle, pour 3 sous-catégories sur 5, le score moyen est diminué entre M0 et M6 avec un score moyen total de l'EQVOD à 6 mois de +1,75 point. Notre étude n'a cependant pas permis de démontrer la supériorité statistique d'un groupe par rapport à un autre concernant l'évolution du score moyen EQVOD à 6 mois.

a) Comparaison avec les résultats obtenus avec d'autres prises en charges équivalentes

La littérature est assez pauvre concernant les évaluations de la qualité de vie en critère de jugement principal dans des structures comparables à la nôtre. En effet, la plupart des études évaluent l'évolution de la qualité de vie avant et après une prise en charge chirurgicale. Ce schéma ne correspond pas au design de notre étude qui se penche sur l'évolution de la qualité de vie avant la chirurgie pour les patients du parcours préopératoire. Notre parcours non opératoire ne bénéficiera pas, à court terme tout au moins, d'une chirurgie bariatrique. Il s'agit finalement d'une évaluation de l'évolution de la qualité de vie après une intervention médicale pluridisciplinaire sur une durée de 6 mois dans 2 groupes de patients obèses ayant des projets différents. A notre connaissance, il existe assez peu d'études aujourd'hui centrées sur l'évaluation de l'impact sur la qualité de vie d'une prise en charge médicale pluridisciplinaire de l'obésité, en s'affranchissant du pourcentage de perte de poids.

L'étude Karlsen de 2013 compare un groupe chirurgical (bypass gastrique) à un groupe non chirurgical bénéficiant d'une prise en charge pluridisciplinaire au sein de centre de réhabilitation spécialisé dans la prise en charge des patients atteints d'obésité morbide. La prise en charge non chirurgicale est centrée autour de l'activité physique, les conseils diététiques, l'approche motivationnelle et psychologique, au travers de sessions en groupe et individuelles avec l'intervention de médecins nutritionnistes, éducateurs en activité physique adaptée, infirmières spécialisées en psycho-social. Les patients étaient hospitalisés pendant 4 à 5 jours à 5 reprises, réparties sur l'année de la durée de l'étude. De plus, les patients étaient contactés une fois toutes les 2 semaines par téléphone. Les auteurs ont utilisé 3 échelles différentes de qualité de vie : Short Form Health Survey (SF-36) non spécifique de l'obésité et Obesity and Weight-Loss Quality of Life (OWLQOL) et Weight Related Symptom Measure (WRSM) spécifiques de l'obésité. L'évaluation a été proposée avant l'intervention et 1 an après. Dans le groupe bénéficiant de la prise en charge pluridisciplinaire, on retrouve une amélioration significative de la dimension physique du SF-36 à 1 an avec +4,9 points ($p=0,002$) et une amélioration significative de la dimension émotionnelle du OWLQOL à 1 an avec +15,7 points ($p<0,001$) Cette étude retrouve une amélioration significative des scores de qualités de vie pour le groupe chirurgical particulièrement pour la dimension émotionnelle du questionnaire OWLQOL avec une différence de +25,2 points ($p<0,001$) (OWLQOL : score entre 0 et 102, du

moins bon au meilleur score) et pour la dimension physique du score SF-36 avec une différence de score de +8,6 points ($p < 0,001$) (score SF-36 entre 0 et 100, du moins bon au meilleur score) (51).

L'étude O'Brien de 2006 compare un groupe chirurgical (anneau gastrique) à un groupe suivant un traitement médical pur de l'obésité. Ce traitement médical s'appuie sur des modifications comportementales, un régime très faible en calories, une pharmacothérapie par ORLISTAT, des recommandations sur l'exercice physique et sur les habitudes alimentaires basées sur les recommandations officielles, encadré par des médecins spécialistes de l'obésité. Un médecin a vu chaque patient toutes les 2 semaines pendant le programme de régime très faible en calories et toutes les 4 à 6 semaines pendant le reste de l'étude. Tous les patients ont été vus au moins tous les 6 semaines pendant toute la durée de l'étude, soit 2 ans. L'échelle de qualité de vie utilisée est le SF-36, proposé au début de la prise en charge, puis à 12 et 24 mois. L'étude retrouve une amélioration significative à 2 ans pour le groupe non chirurgical pour 3 domaines sur 8 : « physical function », « energy » et « mental health » (50).

« The effect of weight loss on health-related quality of life: systematic review and meta-analysis of randomized trials » (52) est une revue de la littérature réalisée par Warkentin et al. parue en 2013. Son objectif principal était d'étudier l'effet de la perte de poids sur la qualité de vie liée à la santé dans les essais cliniques interventionnels contrôlés randomisés. Le protocole respectait les critères PRISMA. Les auteurs incluaient les études utilisant des échelles de mesure de qualité de vie générique et des échelles spécifiques de l'obésité. L'échelle de mesure de la qualité de vie devait être proposée avant et après une intervention de perte de poids (incluant la diététique, l'exercice physique, la modification comportementale ou cognitive, modification du style de vie, intervention pharmaceutique et / ou une intervention chirurgicale). Les auteurs ont finalement inclus dans leur revue 53 essais cliniques interventionnels contrôlés randomisés, dont l'étude O'Brien (50). Leurs résultats décrivent que dans les 25 % des essais qui ont permis la mise en commun des données quantitatives statistiquement significatives, une amélioration de la composante physique a été retrouvée, mais pas pour la composante mentale de l'échelle SF-36. Concernant les échelles spécifiques à l'obésité, elles ont été utilisées dans 15 études. L'IWQOL et IWQOL-Lite ont été utilisés dans 9 études. Ces données ne pouvaient pas être quantitativement combinées en raison du manque de standardisation dans les rapports entre les études. Des pertes de poids statistiquement significatives ont été rapportées dans 11 études et ont varié de 2 à 17 kg, avec plus de 5% de perte de poids dans 4 études. Des améliorations statistiquement significatives de la qualité de vie spécifique à l'obésité ont été signalées dans 4 des 11 études.

La comparaison avec d'autres études est délicate car le type de prise en charge proposée n'est pas strictement superposable à la nôtre. Le suivi diffère également, il peut être plus long dans les autres études (entre 6 mois à 3 ans sont les durées de suivi les plus fréquemment retrouvées).

De plus, il existe un nombre important d'échelles de qualité de vie, qui rend difficile la comparabilité des résultats. Parmi elles, certaines sont générales et non spécifique de l'obésité comme le SF-36 et d'autres, spécifique des problématiques liées à l'obésité comme l'EQVOD, utilisé dans notre étude, l'IWQOL et IQWOL-Lite, l'OWLQOL, le WRSM...

b) Facteurs explicatifs de nos résultats

Tout d'abord, l'étude a porté sur un suivi relativement court, ce qui peut permettre d'identifier les initiations de changement de comportements et d'habitudes de vie mais en aucun cas cela ne permet d'évaluer le maintien de ces changements dans le temps. De plus, comme dit plus haut, notre population est constituée de patients d'atteints d'obésité sévère et morbide, en grande majorité avec des antécédents lourds d'échec de prise en charge antérieure et des histoires pondérales complexes. Tout ceci s'aggravant avec l'accumulation de sensations d'échec, d'évènements de vie vécus comme négatifs et d'auto-dévalorisation. Notre volonté principale au sein de l'unité n'est pas la perte de poids mais bien le repérage et la prise en charge en profondeur des différents facteurs à l'origine du développement de l'obésité (mécanismes psychologiques, représentation de l'image corporelle, habitudes diététiques, rapport à l'activité physique...). Ces différents leviers sont parfois difficiles à repérer et à actionner efficacement dans l'accompagnement du patient sur le long terme.

La taille de notre échantillon relativement faible est en partie due à l'organisation de l'unité du GEROM 73 avec l'inclusion limitée à 8 nouveaux patients par mois et à la durée de la période d'inclusion limitée, afin de pouvoir s'intégrer dans un travail de thèse.

De plus, le nombre de perdus de vue nous a fait perdre en puissance de l'étude.

Cependant, nos résultats sont encourageants quant à l'impact de la prise en charge proposée par l'unité sur la qualité de vie des patients. En effet, une étude de 2004 portant sur la significativité de l'évolution du score de qualité de vie de l'échelle IWQOL-Lite (dont est tirée l'échelle EQVOD (29)) retrouve qu'un changement de 7,7 à 12 points sur 100 (selon la sévérité initiale) en 6 mois représente un changement significatif de la qualité de vie (53). Dans notre étude, le groupe préopératoire avait un score total moyen de l'EQVOD à M6 augmenté de 9,32 points par rapport à celui de M0.

D'autre part, il paraît intéressant de noter la disparité importante entre le groupe préopératoire et le groupe non opératoire qui a tendance à se comporter d'une façon assez similaire au groupe contrôle. Les hypothèses pour expliquer ce constat seraient que la motivation des patients du

parcours préopératoire est plus importante, leur cheminement personnel est plus avancé et leur permet de trouver les clés pour faire avancer leur situation et améliorer leur qualité de vie.

2.3 Résultats sur les critères de jugements secondaires : anxiété, dépression, trouble du comportement alimentaire, poids et IMC

a) Score d'anxiété et dépression

Syndrome anxio-dépressif et obésité sont souvent associés (54). La dépression est souvent corrélée à une faible estime de soi (55). De plus, l'existence d'un syndrome dépressif diminue l'adhésion du patient à la prise en charge, notamment concernant l'activité physique (49).

L'étude française de Claudon et al. (56) retrouvait des résultats similaires aux nôtres concernant les scores anxiété et dépression dans un groupe de patients obèses en attente de chirurgie bariatrique. Les auteurs évoquaient pour tenter d'expliquer ces résultats, que les patients obèses n'auraient eux-mêmes pas conscience de leurs événements psychiques profonds. Cela pourrait être expliqué par le fait que les patients réaliseraient un travail psychique d'adaptation. D'une certaine façon, ils se protégeraient de la révélation du syndrome anxio-dépressif.

Il aurait également pu être intéressant d'étudier dans notre population les liens entre l'obésité et les antécédents de traumatisme psychique dans l'enfance ou l'adolescence. En effet, dans la littérature il existe de nombreuses études faisant le lien entre la préexistence de violences physique ou psychique, abus sexuels et l'obésité. Une revue de la littérature réalisée par Midei et Matthews en 2011 retrouvait que 81% des études ont rapporté une association positive significative entre des violences survenues dans l'enfance de type violence physique, abus sexuel et intimidation par les pairs et l'obésité. Dans cette revue, des études ont montré que l'affect négatif, plus particulièrement la colère, le stress perçu, et les symptômes dépressifs, médiaient en partie les relations entre la violence interpersonnelle et l'obésité. Les auteurs précisent que d'autres études prospectives sont nécessaires, ainsi que des études qui examinent les mécanismes reliant les violences de la petite enfance à l'obésité (57).

b) Score du DEBQ : troubles du comportement alimentaire

Là encore, l'étude de Claudon et al. (56) retrouvait des résultats comparables aux nôtres, à savoir une absence de score pathologique au DEBQ dans le groupe préopératoire.

On aurait pu s'attendre à des scores plus élevés, dans le groupe préopératoire comme dans le groupe non opératoire, au vu de l'obésité sévère voire morbide de notre population. On peut là aussi penser qu'il s'agit d'un mécanisme de défense inconscient consistant à refuser l'association de l'alimentation avec les troubles psychiques sous-jacents.

D'ailleurs, l'étude de Claudon et al. utilisait le test du Rorschach qui révélait une image des patients très différente de celles des échelles cliniques DEBQ et HAD-S : en effet, les résultats obtenus au Rorschach font évoquer aux auteurs un trouble de la stabilité de l'organisation psychique et un risque de décompensation issu d'une représentation de soi atypique avec une difficulté d'organisation et d'expression du soi sur un fond de discontinuité (56).

Au vu de ces constatations, il aurait été intéressant pour notre étude d'inclure un test de Rorschach pour compléter et approfondir le travail de repérage des troubles de la représentation de soi et de l'identification de l'image de soi déjà réalisé par l'équipe du GEROM 73. Il aurait été également intéressant de pouvoir observer l'évolution de ces résultats chez les patients du parcours préopératoire après l'intervention afin d'analyser les liens entre la période pré et post-chirurgicale dans le but de mettre en place une prévention autour de cette période délicate chirurgicale qui modifie largement la représentation du soi (58).

c) Poids et IMC

Nos résultats sont plutôt encourageants et montrent une tendance à la stabilisation pondérale pour les patients du groupe préopératoire et une perte moyenne de 4,1% du poids du corps pour les patients du groupe non opératoire.

Selon les recommandations officielles, l'objectif est une perte pondérale de 5 % à 15 % par rapport au poids initial pour les patients obèses. Cet objectif est considéré comme réaliste pour améliorer les comorbidités et la qualité de vie. Par ailleurs, la stabilisation du poids représente un objectif intéressant pour les personnes ayant une obésité qui sont en situation d'échec thérapeutique (9).

3. Perspectives

3.1 Evaluation du programme d'éducation thérapeutique au sein du GEROM 73 : une première ébauche

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont inscrits dans la loi depuis 2009. Les programmes d'éducation thérapeutique doivent être conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des Agences Régionales de Santé. Dans la loi, l'éducation thérapeutique doit avoir pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie (17) (18).

Ces programmes doivent faire l'objet d'évaluations annuelles et quadriennales afin de garantir une amélioration continue de la qualité des soins proposés (59).

Notre étude, en s'intéressant à l'évolution de la qualité de vie des patients du GEROM 73 sur 6 mois, s'inscrit dans cette démarche d'auto-évaluation et d'amélioration de la qualité des soins proposés au sein de ce programme.

Ces résultats constituent un premier pas et un point de départ à partir desquels des études ultérieures pourront émerger.

3.2 Projets d'évolution du programme GEROM 73

Notre étude apporte des pistes pour faire évoluer le programme GEROM 73 et ainsi améliorer encore la qualité des soins proposée. D'une part, il pourrait être intéressant de prévenir les sorties d'études précoces par des appels téléphoniques réguliers aux patients inclus dans les parcours. L'objectif serait de maintenir le lien et l'adhésion du patient au projet de prise en charge sur le moyen et long terme. En effet, nous avons pu voir plus haut que c'était sur ce point-là que résidait une partie des difficultés de prise en charge d'une population de patients atteints d'obésité. Des programmes tels que celui étudié par Karlsen et al. (51) ont maintenu un contact téléphonique régulier et prolongé (toutes les 2 semaines) dans le cadre d'une approche motivationnelle. D'autre part, on pourrait penser qu'une intensification du suivi post parcours non opératoire en fréquence et dans le temps permettrait également un entretien et un renforcement du lien créé pendant le parcours.

3.3 Projets pour des études ultérieures

Dans la continuité de ce travail, il sera bien sûr nécessaire d'aller plus avant dans les investigations et l'évaluation du GEROM 73 avec de nouvelles études.

a) Augmenter la taille de l'échantillon et la durée du suivi

Tout d'abord, il paraît nécessaire d'avoir une cohorte plus importante, compte-tenu du nombre non négligeable de perdus de vue attendus. Cela permettrait de donner plus de puissance à l'étude et des résultats statistiquement significatifs. On pourrait penser, au vu des études similaires existantes (51) (50), qu'une durée de suivi prolongée à 2 ans minimum permettrait de remplir ces conditions.

b) Mise en place d'un intervenant

Il serait intéressant d'avoir un intervenant spécifiquement formé, avec un temps de travail au sein de l'unité dédié à la distribution, recueil des questionnaires et disponible pour répondre aux éventuelles questions des patients concernant le mode de réponse ou les buts du travail. Il pourrait s'agir d'une infirmière du service, d'une secrétaire ou encore d'un personnel extérieur au service. Cela permettrait de limiter le nombre de données manquantes. De plus, l'intervenant pourrait effectuer un rappel téléphonique régulier aux patients pour améliorer le taux de réponses mais aussi maintenir l'adhésion des patients au programme d'ETP. Cet aspect est cependant conditionné par l'obtention de moyens financiers pour optimiser l'organisation du service afin mettre en place un tel intervenant.

c) Evaluer l'intervention éducative

Au-delà de la démonstration d'un impact ou non sur la qualité de vie, l'évaluation des différents points éducatifs acquis par le patient peut déjà représenter une réussite pour le programme d'ETP. En effet, une amélioration de la compréhension de la pathologie, une augmentation de l'activité physique, une meilleure appréhension des comportements alimentaires individuels ou des mécanismes psychologiques sous-jacents mis en jeu constituent déjà une réussite vis-à-vis des différentes interventions éducatives menées.

THESE SOUTENUE PAR : Delphine MARTIN

TITRE : ETUDE PROSPECTIVE CONTROLEE DE L'EVOLUTION DE LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS ATTEINTS D'OBESITE MALADIE AU SEIN DU PARCOURS MEDICAL OU CHIRURGICAL DU GROUPE D'ETUDE RECHERCHE OBESITE MALADIE DU CENTRE HOSPITALIER METROPOLE DE SAVOIE

CONCLUSION

L'obésité est une préoccupation majeure de santé publique en France et au niveau mondial. Les instances nationales de santé placent les programmes d'éducation thérapeutique au cœur du plan de lutte contre cette pathologie chronique, complexe et multifactorielle. Le développement de ces programmes s'articule autour d'une prise en charge pluri professionnelle coordonnée dont les principaux objectifs sont les modifications thérapeutiques du mode de vie à travers l'intervention diététique, la valorisation de l'activité physique, la prise en charge psychologique et le suivi médical spécialisé au long cours. Les évaluations de l'impact de ces programmes d'éducation thérapeutique dans le cadre de l'obésité en sont encore à leurs balbutiements.

Nous avons mené une étude prospective sur 6 mois en 3 bras (un groupe en attente de chirurgie bariatrique appelé groupe préopératoire, un groupe non candidat à la chirurgie bariatrique appelé groupe non opératoire et un groupe contrôle), au sein du programme Groupe d'Etude Recherche Obésité Maladie 73 dans le service d'endocrinologie-nutrition du centre hospitalier de Chambéry. Ce programme propose une prise en charge médicale comportementale pluridisciplinaire de 6 mois, quel que soit le parcours, préopératoire ou non opératoire. Nous avons inclus au total 73 patients atteints d'obésité, dans le but d'évaluer l'impact du programme sur la qualité de vie de ces patients.

La population de notre étude est constituée de patients atteints d'obésité sévère ou morbide, dont 81,6 % des patients pris en charge ont au moins une comorbidité associée à l'obésité. 84,8% des patients pris en charge sont sédentaires. A 6 mois, les patients du parcours préopératoire avaient en moyenne un score de qualité de vie amélioré de 9,32 points sur 100, tandis que les patients du parcours non opératoire avaient en moyenne un

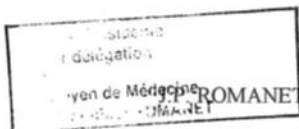
score de qualité de vie amélioré de 1,63 point sur 100. Les patients du groupe contrôle avaient en moyenne un score de qualité de vie amélioré de 1.75 points. On ne retrouvait cependant pas de différence statistiquement significative entre les groupes.

Ces premiers résultats sont encourageants et permettent de dégager de nombreuses pistes de réflexion pour approfondir l'évaluation et améliorer la qualité des soins de ce programme au travers d'études ultérieures. Le critère de qualité de vie reste néanmoins un critère subjectif d'évaluation et nécessiterait une étude avec un échantillon plus important et une durée de suivi prolongée, indispensable dans l'évaluation de la prise en charge d'une pathologie chronique telle que l'obésité. De plus, une évaluation complémentaire reposant sur l'atteinte des objectifs éducatifs pourrait faire l'objet d'un travail de recherche ultérieur dans le cadre d'un nouveau travail de thèse ou lors des auto-évaluations annuelles et quadriennales du programme d'éducation thérapeutique.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 27/05/16

LE DOYEN



LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR

Pr. Catherine ARVIEUX
Chirurgie Générale, Oncologique et Bariatrique
RPPS N° 10002992872 - ADELI N° 38 10 6010 2
CHU de Grenoble - CHU des Alpes

BIBLIOGRAPHIE

1. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé [Internet]. OMS (Organisation Mondiale de la Santé); 2004. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43036/1/9242592226_fre.pdf
2. OMS | Obésité et surpoids [Internet]. WHO. [cited 2015 Dec 20]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
3. INSERM, KANTAR HEALTH; ROCHE. ObEpi 2012 Enquête épidémiologique sur le surpoids et l'obésité [Internet]. 2012. Available from: http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/obepi_2012.pdf
4. Hubert HB, Feinleib M, McNamara PM, Castelli WP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation*. 1983 May 1;67(5):968–77.
5. OMS | Obésité [Internet]. WHO. [cited 2016 Jan 25]. Available from: <http://www.who.int/topics/obesity/fr/>
6. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Plan obésité 2010-2013 [Internet]. 2011. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_-_interactif.pdf
7. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programme National Nutrition Santé 2011-2015 [Internet]. 2011. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
8. Bout B. L'état de la recherche sur l'obésité et ses perspectives en matière de prévention et de traitement [Internet]. Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques; 2010 décembre p. 267. Report No.: 158. Available from: <http://www.senat.fr/rap/r10-158/r10-158-syn.pdf>
9. HAS. Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2011. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf
10. Fournier C, Attali C. Education thérapeutique) du patient en médecine générale. *Médecine*. 2012 Mar 1;8(3):123–8.
11. Ziegler O, Bertin E, Jouret B, Calvar R, Sanguignol F, Avignon A, et al. Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse, Référentiel et organisation: Rapport à la Direction générale de la santé et à la Direction générale de l'offre de soins, 4 octobre 2014. *Médecine Mal Métaboliques*. 2015 Jun;9(4):423–46.
12. HAS. Éducation thérapeutique du patient Comment la proposer et la réaliser? [Internet]. 2007 juin [cited 2016 Apr 7]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf

13. Basdevant A. Plan d'action : Obésité-Etablissement de soins [Internet]. 2009 [cited 2016 Mar 31]. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_A_Basdevant.pdf
14. Ciangura C, Nocca D, Lindecker V. Recommandations de bonnes pratiques pour la chirurgie de l'obésité. Presse Médicale. 2010 Sep;39(9):953–9.
15. Haute Autorité de Santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte-synthèse des recommandation de bonnes pratiques. [Internet]. 2009. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/obesite_-_prise_en_charge_chirurgicale_chez_ladulte_-_synthese_des_recommandations.pdf
16. Haute Autorité de Santé. Chirurgie de l'obésité [Internet]. 2009. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-09/brochure_obesite_patient_220909.pdf
17. Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 31]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?numJO=0&dateJO=20150123&numTexte=19&pageDebut=01009&pageFin=01012
18. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | Legifrance [Internet]. [cited 2016 May 15]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo#JORFARTI000020879791>
19. HAS. "Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : Prise en charge préopératoire minimale". Fiches descriptives des indicateurs de qualité et de sécurité des soins [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 26]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/ipaqss_fiche_descriptive_obe.pdf
20. HAS. Grille de recueil du thème OBE -Campagne 2015 -Données 2014 [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 26]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/ipaqss_grille_obe.pdf
21. Plan obésité-Liste des centres spécialisés et intégrés [Internet]. 2012 [cited 2016 Mar 31]. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_obesite_-_liste_des_centres_specialises_et_integres-2.pdf
22. Müller-Nordhorn J, Muckelbauer R, Englert H, Grittner U, Berger H, Sonntag F, et al. Longitudinal association between body mass index and health-related quality of life. PloS One. 2014;9(3):e93071.
23. Keating CL, Peeters A, Swinburn BA, Magliano DJ, Moodie ML. Utility-based quality of life associated with overweight and obesity: The australian diabetes, obesity, and lifestyle study. Obesity. 2013 Mar 1;21(3):652–5.

24. Ul-Haq Z, Mackay DF, Fenwick E, Pell JP. Meta-analysis of the association between body mass index and health-related quality of life among adults, assessed by the SF-36. *Obes Silver Spring Md.* 2013 Mar;21(3):E322–7.
25. Larsson U, Karlsson J, Sullivan M. Impact of overweight and obesity on health-related quality of life--a Swedish population study. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes.* 2002 Mar;26(3):417–24.
26. Fontaine KR, Cheskin LJ, Barofsky I. Health-related quality of life in obese persons seeking treatment. *J Fam Pract.* 1996 Sep;43(3):265–70.
27. Ziegler O, Filipecki J, Girod I, Guillemin F. Development and validation of a French obesity-specific quality of life questionnaire: Quality Of Life, Obesity and Dietetics (QOLOD) rating scale. *Diabetes Metab.* 2005 Jun;31(3):273–83.
28. Kolotkin RL, Head S, Hamilton M, Tse CK. Assessing Impact of Weight on Quality of Life. *Obes Res.* 1995 Jan;3(1):49–56.
29. Kolotkin RL, Crosby RD, Kosloski KD, Williams GR. Development of a Brief Measure to Assess Quality of Life in Obesity. *Obes Res.* 2001 Feb 1;9(2):102–11.
30. Zigmund AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983 Jun 1;67(6):361–70.
31. Untas A, Aguirrezabal M, Chauveau P, Leguen E, Combe C, Rascle N. Anxiété et dépression en hémodialyse : validation de l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Néphrologie Thérapeutique.* 2009 Jun;5(3):193–200.
32. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *J Psychosom Res.* 2002 Feb;52(2):69–77.
33. Lluch A, Kahn J, Stricker-Krongrad A, Ziegler O, Drouin P, Méjean L. Internal validation of a French version of the Dutch eating behaviour questionnaire. *Eur Psychiatry.* 1996;11(4):198–203.
34. Van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *Int J Eat Disord.* 1986 Feb;5(2):295–315.
35. Devlin MJ, Walsh BT, Spitzer RL, Hasin D. Is there another binge eating disorder? A review of the literature on overeating in the absence of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1992 May 1;11(4):333–40.
36. DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. [Internet]. 2000. Available from: <https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>
37. Basdevant A, Pouillon M, Lahlou N, Le Barzic M, Brillant M, Guy-Grand B. Prevalence of binge eating disorder in different populations of French women. *Int J Eat Disord.* 1995 Dec 1;18(4):309–15.
38. Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry.* 1993 Oct;150(10):1472–9.

39. DSM-V [Internet]. 2013. Available from: <http://psy-gradaran.narod.ru/lib/clinical/DSM5.pdf>
40. APFELDORFER G, ZERMATI J-P. La restriction cognitive face à l'obésité, histoire des idées, description clinique. *Presse Médicale*. 2001;30(32):1575–80.
41. Van Strien T. Ice-cream consumption, tendency toward overeating, and personality. *Int J Eat Disord*. 2000 Dec;28(4):460–4.
42. Laquatra TA, Clopton JR. Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women. *Addict Behav*. 1994 Aug;19(4):373–80.
43. Pinaquy S, Chabrol H, Simon C, Louvet J-P, Barbe P. Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obes Res*. 2003 Feb;11(2):195–201.
44. Neto L, M R, Herbella FAM, Neto L, M R, Herbella FAM. CHANGES IN QUALITY OF LIFE AFTER SHORT AND LONG TERM FOLLOW-UP OF ROUX-EN-Y GASTRIC BYPASS FOR MORBID OBESITY. *Arq Gastroenterol*. 2013 Sep;50(3):186–90.
45. Kolotkin RL, Davidson LE, Crosby RD, Hunt SC, Adams TD. Six-year changes in health-related quality of life in gastric bypass patients versus obese comparison groups. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg*. 2012;8(5):625–33.
46. NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel on the Identification E. NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Obesity in Adults (US). *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report*. 1998 Sep [cited 2016 May 8]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2008/>
47. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 Feb 1;61(3):348–58.
48. Wardle J, Waller J, Rapoport L. Body Dissatisfaction and Binge Eating in Obese Women: The Role of Restraint and Depression. *Obes Res*. 2001 Dec 1;9(12):778–87.
49. Mazzeschi C, Pazzagli C, Buratta L, Reboldi GP, Battistini D, Piana N, et al. Mutual Interactions between Depression/Quality of Life and Adherence to a Multidisciplinary Lifestyle Intervention in Obesity. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012 Sep 24;97(12):E2261–5.
50. O'Brien PE, Dixon JB, Laurie C, Skinner S, Proietto J, McNeil J, et al. Treatment of mild to moderate obesity with laparoscopic adjustable gastric banding or an intensive medical program: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2006 May 2;144(9):625–33.
51. Karlsen TI, Lund RS, Røislien J, Tonstad S, Natvig GK, Sandbu R, et al. Health related quality of life after gastric bypass or intensive lifestyle intervention: a controlled clinical study. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:17.
52. Warkentin LM, Das D, Majumdar SR, Johnson JA, Padwal RS. The effect of weight loss on health-related quality of life: systematic review and meta-analysis of randomized trials: The effect of weight loss on health-related quality of life. *Obes Rev*. 2014 Mar;15(3):169–82.

53. Crosby RD, Kolotkin RL, Williams GR. An integrated method to determine meaningful changes in health-related quality of life. *J Clin Epidemiol*. 2004 Nov;57(11):1153–60.
54. Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, van Belle G, et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Jul;63(7):824–30.
55. Ketata W, Aloulou J, Charfi N, Abid M, Amami O. Prévalence et facteurs corrélés à une faible estime de soi chez le sujet obèse. *Obésité*. 2010 Sep;5(3):45–50.
56. Claudon P, Roché-Bauchet G, Guirkinger B, Lighezzolo-Alnot J, Ziegler O. Représentation de soi et vécu de l'espace corporel chez des sujets obèses sévères en attente de chirurgie bariatrique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2012 Nov;170(9):628–35.
57. Midei AJ, Matthews KA. Interpersonal violence in childhood as a risk factor for obesity: a systematic review of the literature and proposed pathways. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. 2011 May;12(5):e159–72.
58. Price HI, Gregory DM, Twells LK. Body shape expectations and self-ideal body shape discrepancy in women seeking bariatric surgery: a cross-sectional study. *BMC Obes [Internet]*. 2014 Dec 24 [cited 2016 Apr 17];1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4511012/>
59. Haute Autorité de Santé. Évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient: une démarche d'auto-évaluation Guide méthodologique pour les coordonnateurs et les équipes [Internet]. 2014 [cited 2016 May 15]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/evaluation_annuelle_maj_juin_2014.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Indicateurs ARS d'évaluation des programmes d'ETP obésité



Annexe 2: Indicateurs retenus ARS RA. Pour tous et pour chaque programme, par année civile A renvoyer systématiquement avant le 1^{er} avril à l'ARS pour l'année N-1

Intitulé du programme autorisé :		
Préciser le type de programme (hospitalier, ambulatoire ou mixte) :		
Nom du coordinateur :		
Indicateurs	Commentaires	RESULTATS
N°1a=Nombre de patients ayant bénéficié d'un programme personnalisé complet lors d'une offre initiale d'ETP.	Complet = pour lequel le diagnostic éducatif, les 2 séances d'ETP et la synthèse de l'évaluation des compétences acquises ont été réalisés. Cette synthèse accompagnée si nécessaire d'une proposition de modalité de suivi éducatif a été transmise à leur médecin traitant.	
N°1b=Nombre de patients ayant bénéficié d'un programme personnalisé complet lors d'une offre de suivi d'ETP.		
N°2=Nombre de patients ayant bénéficié d'un programme personnalisé complet lors d'une offre initiale d'ETP et/ou d'une offre de suivi	Somme des deux premiers N°1a+N°1b.	
N°3=Nombre de patients différents ayant bénéficié au moins d'un diagnostic éducatif par programme		
N°4=Nombre de patients différents ayant bénéficié d'au moins une séance d'un programme personnalisé quelle qu'elle soit dans le cadre d'une offre initiale ou d'une offre de suivi	Peut être plus large que le précédent, dans ce cas la séance unique n'aurait pas eu lieu sous la forme d'un diagnostic éducatif. Indique le nombre de patients ayant eu au moins un contact avec la démarche d'ETP dans l'année.	
N°5=Nombre de patients différents dont le programme a été interrompu et n'ayant pas bénéficié d'une séance individuelle d'évaluation des compétences acquises au 31/12	Patients ayant bénéficiés de séances d'ETP et perdus de vue avant la fin du programme personnalisé proposé. Ne concerne pas les patients en cours de programme.	
N°6=Nombre moyen de séances individuelles réalisées (dont diagnostic éducatif) par patient au cours du programme		
N°7=Nombre moyen de séances collectives réalisées par patient au cours du programme		
N°8=Nombre d'intervenants directs (professionnels et patients intervenant) auprès des patients et leur profession	L'assistante intervenant par téléphone n'est pas actuellement à comptabiliser comme un intervenant direct (à l'instar de ce qui se passe dans les autres régions) ; ce qui n'en sous estime pas pour autant son rôle dans l'accompagnement du patient.	
N°9=Nombre d'intervenants directs (professionnels et patients intervenant) formés spécifiquement à l'ETP		
N°10=Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un programme personnalisé d'ETP complet pour lesquels la synthèse de leur diagnostic éducatif individuel accompagnée du programme personnalisé a été transmise au moins à leur médecin traitant		

Les 10 indicateurs seront à mettre en place, ils s'entendent sur une année civile, les patients sont comptabilisés à la date de fin de programme.

La remontée de ces indicateurs se fera, à partir de l'activité réalisée en 2015, systématiquement par les promoteurs à l'ARS RA, service PPS, autorisations des programmes d'ETP, au plus tard le 1^{er} avril de l'année N+1 (soit en avril 2016 pour l'activité 2015).

Annexe 2 : « Quelques repères en activité physique adaptée », Carnet de recommandations :



Sur la perte de poids, l'activité physique a un effet modeste.

Cependant, après amaigrissement : **intérêt majeur pour le maintien du poids.**

Même sans modification du poids, l'activité physique vous permettra **d'améliorer votre condition physique** et votre **qualité de vie !**

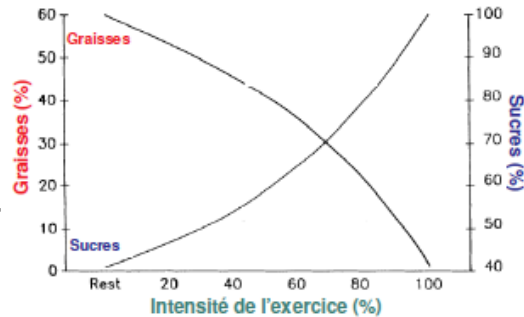
- ✓ Choisissez une **activité physique à votre goût !**
- ✓ Restez **attentif à vos perceptions corporelles** : essoufflement, fatigue, étirements, douleurs.

Ce sont des **signes** qui indiquent **que l'activité physique ou/et l'intensité** ne sont **pas correctement adaptées**.

- ✓ Pour **aider à la reprise, variez vos activités physiques** régulières et occasionnelles : **toute activité reste bénéfique.**
- ✓ **Augmenter progressivement** la fréquence, l'intensité et la durée de vos pratiques, afin de favoriser l'habitué.



Lors d'une activité physique tous les substrats sont sollicités (graisse, et sucre). Lors d'un exercice de faible intensité la dépense énergétique est plus faible, mais les graisses sont favorisées et permettent de durer dans l'activité.



Valoriser l'activité physique faite chaque jour, retrouver le plaisir de son corps en mouvement par la reprise progressive d'une activité physique.

CARNET D'AIDE A LA REPRISE ET/OU AU MAINTIEN D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE REGULIERE

Limitez la sédentarité : temps passé assis ou allongé et immobile

Améliorer progressivement votre niveau d'activité physique.

Multipliez les occasions de pratique et saisissez les possibilités qu'offre l'environnement:

- Favorisez les **déplacements à pieds ou à vélo**
- Préférez **emprunter les escaliers**
- Profitez des **balades et parcours de santé** aménagés
- Organisez-vous **des temps dédiés à l'activité physique** dans votre rythme journalier :
 - étirements légers énergisants
 - mouvements et postures de **renforcement musculaire** doux.

30 minutes d'exercice par jour préservent votre état de santé ! Fractionner cette durée fonctionne et permet d'y parvenir plus facilement.

Pour quels effets ?

Améliorer le bien-être : physique, mental et social !

Modifier sa composition corporelle : ↗ la masse musculaire, ↘ la masse grasseuse : ↗ ses besoins énergétiques et modifier sa silhouette.

Renforcer son muscle cardiaque : solliciter le système cardio-vasculaire, ↘ tension artérielle

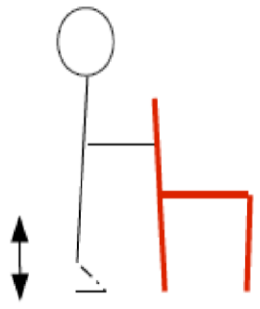
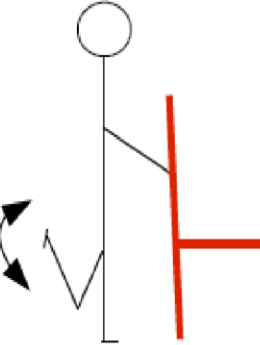
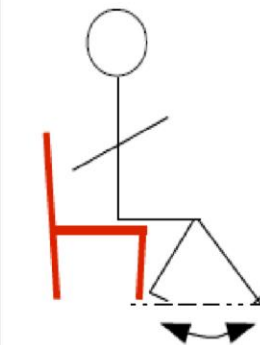
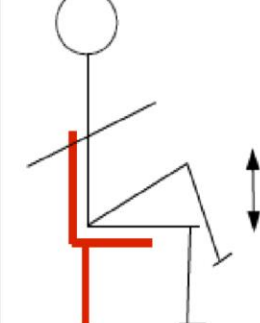
Améliorer sa respiration à l'effort : ↘ les essoufflements, ↗ oxygénation musculaire

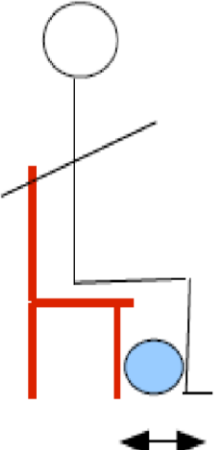
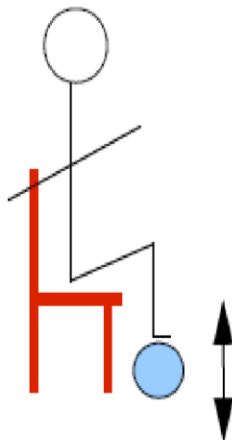
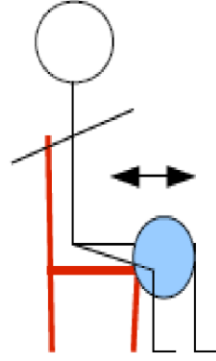
Limiter les complications métaboliques : améliorer son bilan biologique.

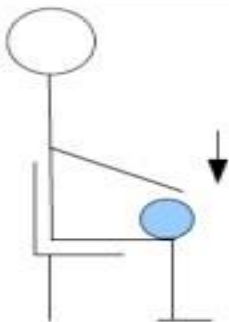
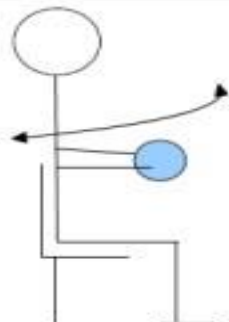
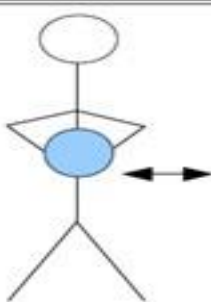
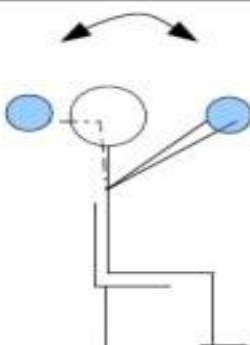
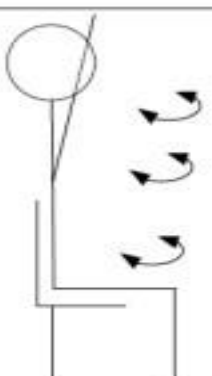
	1 ^{er} mois	2 ^{eme} mois	3 ^{eme} mois	4 ^{eme} mois	5 ^{eme} mois	6 ^{eme} mois
1 ^{ère} semaine		→	→	→	→	→
Quelle activité ?		→	→	→	→	→
Combien de temps ?		→	→	→	→	→
Comment je me sens ?						
2 ^{ème} semaine		→	→	→	→	→
		→	→	→	→	→
		→	→	→	→	→
3 ^{ème} semaine		→	→	→	→	→
		→	→	→	→	→
		→	→	→	→	→
4 ^{ème} semaine		→	→	→	→	→
		→	→	→	→	→
		→	→	→	→	→

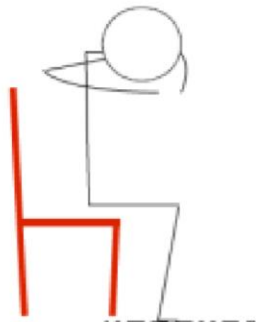
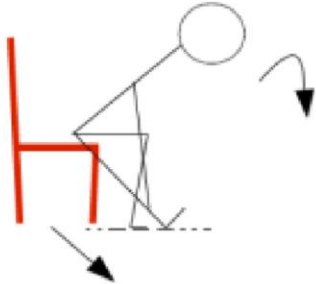
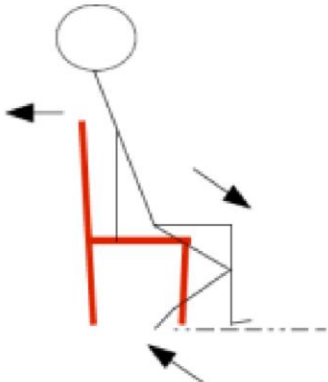
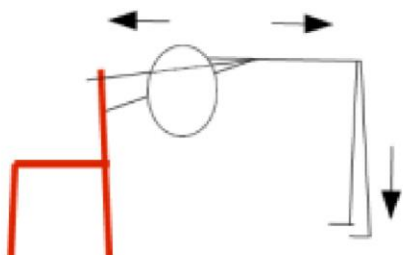
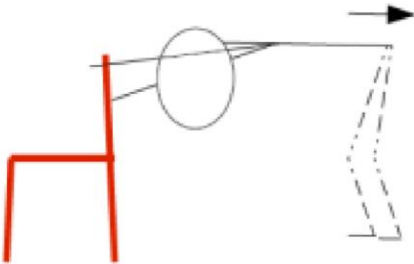
Annexe 3 : Document à destination des patients ; atelier « Perceptions corporelles » :

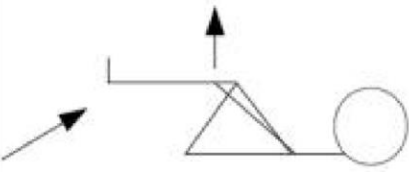
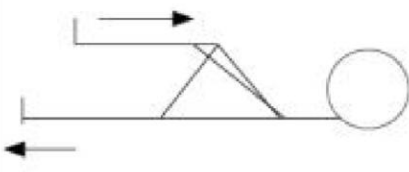
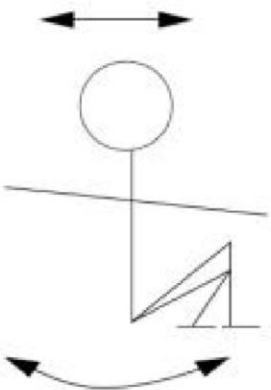
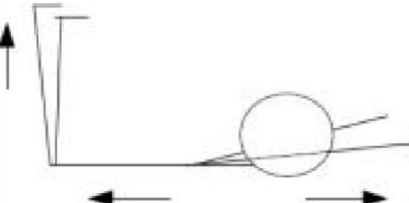
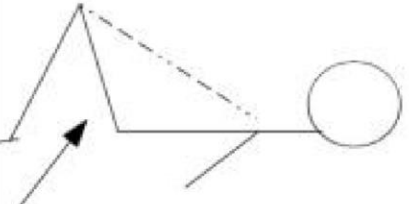
Séance de renforcement musculaire, d'étirement et travail de postural des membres supérieurs et inférieurs.

	<p>Debout, pieds parallèles, écartés de la largeur des hanches. Corps aligné, dos droit. Aide à l'appui du dossier d'une chaise. Effectuer des relevés sur demi pointe.</p> <p>(Muscles jumeaux (mollets) + mobilisation articulation pied-cheville)</p>
	<p>Debout, en appui au dossier d'une chaise. Amener alternativement chaque pied (le talon) vers l'arrière proche des fessiers.</p> <p>Le corps reste dans l'alignement, et l'écartement des pieds respecte la largeur des hanches.</p> <p>(Muscles ischio-jambiers, jumeaux, abdominaux...)</p>
	<p>Assis, dos droit, faire glisser au sol les pied d'avant en arrière simultanément avec une alternance pied gauche pied droit.</p> <p>(Muscles quadriceps et abdominaux)</p>
	<p>Assis, dos droit, effectuer des flexions de jambes en ramenant le genou vers la poitrine.</p> <p>(Muscles psoas illiaques, quadriceps)</p>


	<p>Assis, dos droit, presser/relâcher le ballon avec le talon contre le pied de chaise. (Muscles ischio-jambiers, jumeaux...)</p>
	<p>Assis, dos droit, presser/relâcher le ballon contre le sol (mouvement de pompage). le ballon est situé au niveau de l'avant du pied. (Muscles quadriceps, jumeaux)</p> <p>Variante : effectuer des ronds avec le ballon en le dirigeant par la pointe du pied</p>
	<p>Assis, dos droit, pieds à plat, tenir le ballon entre les genoux puis effectuer des pressions. Lors du relâchement le ballon ne doit pas tomber. Variante: le ballon est tenu au niveau des chevilles.</p> <p>(muscles adducteurs, fessiers)</p>

	<p>Assis, dos droit, genoux serré, presser le ballon situé sur les genoux. Les bras sont tendus, expirer lors de la pression, inspirer lors du relâchement.</p> <p>(Muscles abdominaux , pectoraux, biceps, triceps...)</p>
	<p>Assis, dos droit, bras tendu devant soi, exercer des torsions du tronc en amenant le ballon de gauche à droite, par un trajet horizontal. inspirer et expirer en continu. muscles dorsaux et abdominaux.</p>
	<p>Placer les coudes à l'horizontale et presser le ballon entre les mains devant soi à hauteur de poitrine. Expirer lors de la pression, inspirer lors du relâchement</p> <p>(Muscles, pectoraux, biceps...)</p>
	<p>Assis, dos droit, faire passer le ballon en avant et en arrière de la tête. Inspirer lors du passage vers l'arrière, expirer lors du retour vers l'avant</p> <p>(Mobilisation articulaire de l'épaule, biceps, triceps, trapèze ...)</p>
	<p>Assis, dos droit, genoux écarté à la largeur du bassin. Les pieds bien à plats dans le sol. Attraper vos mains et étirer les bras vers haut en inspirant. expirer en baissant les épaules tout en gardant les bras en haut. Exercer 3 torsions vers le même côté, et sur chaque expiration initier le mouvement en partant du bas du dos, puis du milieu du dos, puis du haut du dos. Détendre les bras, souffler et recommencer de l'autre côté.</p> <p>muscles : dorsaux profonds et abdominaux</p>

	<p>Assis, venir prendre les coudes dans chaque main. Amener la tête dans les bras. Garder le dos droit. Inspirer et expirer avec amplitude et volume, afin d'étirer vers l'arrière le haut du dos. (étirement zone inter-scapulaire)</p>
	<p>Assis, tendre une jambe talon posé au sol et pointe du pied relevée vers soi. Se pencher sur la jambe tendue et rester 15 sec. Inspirer et expirer en continu sur l'étirement. Changer ensuite de jambe. (étirement de la chaîne postérieure : ischio-jambier, jumeaux...)</p>
	<p>Assis, amener la pointe du pied vers l'arrière et à l'extérieur du cadre de chaise. Se pencher vers l'arrière. Trouver appuis avec les mains sur l'assise. Conserver la position durant 15 sec. Inspirer et expirer en continu sur l'étirement. Changer ensuite de jambe. (Étirement du quadriceps)</p>
	<p>Effectuer une flexion du tronc en étirant les bras et le dos. La tête doit être relâchée entre les bras et les jambes sont tendues. Conserver la position durant 15 sec. Inspirer et expirer en continu sur l'étirement. (étirements du dos, des épaules, et de la face postérieure des membres inférieurs)</p>
	<p>Effectuer une flexion du tronc en étirant les bras et le haut du dos. La tête doit être relâchée entre les bras et les jambes sont semi-pliées. Relâcher le bas du dos. Conserver la position durant 15 sec. Inspirer et expirer en continu sur l'étirement. (étirement lombaire, et des épaules)</p>

	<p>Allongé sur le dos, ramener les genoux vers le thorax. Maintenir les genoux. Repousser les mains avec les genoux sans lâcher les mains. Expirez lors de l'opposition. Inspirez lors du relâchement en allongeant le dos. (étirement du dos, notamment de la zone lombaire)</p>
	<p>Allongé sur le dos, ramener un genou vers le thorax. Étirer en sens opposé la jambe au sol. Expirez lors de l'opposition. Inspirez lors du relâchement en allongeant le dos. (étirement du dos, des fessiers)</p>
	<p>Allongé sur le dos, Bras en croix. Amener les genoux sur le thorax puis les basculer sur le cotés en même temps. Tourner la tête du coté opposé au genoux. Rester 20 sec en respirant de façon continu sur l'étirement. Puis revenir au milieu et changer de coté. (étirement du dos, membres supérieurs)</p>
	<p>Allongé sur le dos. Amener les bras tendus derrière la tête. Étirer les jambes tendues et vers le haut. Sur l'expiration plaquer le dos contre le sol. A l'inspiration étirer au maximum les bras et les jambes dans les deux directions opposées. (étirement du dos, de la face postérieure des jambes, des bras...)</p>
	<p>Allongé sur le dos. Plier les genoux, les pieds sont à plats au sol. Enroulé lentement le bassin en prenant appuis sur les talons. Soulever le bassin jusqu' à prendre appuis au niveau des omoplates. Sur l'expiration reposer le dos au sol, vertèbre par vertèbre. (allongement du dos)</p>

Annexe 4 : Modèle des réunions de concertation pluridisciplinaires du parcours chirurgical :

Chirurgie Bariatrique :			
Compte-rendu des concertations pluridisciplinaires			
 CENTRE HOSPITALIER CHAMBERY Nutrition	Rattaché à « Obésité chirurgicale : Règlement intérieur de la RCP » Nut Ob P01	Version 3	Nut Ob E01
	Classeur : « Gestion de la Qualité & des Risques » Sous-thème : « EPP »	Diffusé en : Octobre 2013 Fin de validité	Page 75 sur 102

ETIQUETTE PATIENT

Nom :

Nom de naissance :

N° dossier RCP :

Date RCP :

1 Préparation de la RCP

- Antécédent(s) significatif(s) :

Aucun antécédent

-Allergie :

Oui Non

Si Oui :

Chirurgicaux bariatriques :

-

-

Chirurgicaux autres :

-

-

Médicaux (si IR MDRD) :

-

-

Gynéco obst :

-

-

Psychiatrique

-

-

-Maladie Thromboembolique :

Aucune EP TVP

-TTT à risque :

AVK

Anti-agrégant

Nouveau anticoagulant oraux

Autres :

.....

.....

• **Evaluation initiale de l'obésité :**

- Date de la consultation initiale :/...../.....
...../...../.....

HS :/...../.....

1^{ère} CS chirurgicale :

- Consultation initiale IMC:

Poids.....kg taille.....cm

Tour de taille.....cm

-Poids et IMC maximal atteint :
.....kg/.....

-En fin de parcours Poids et IMC :
.....kg/.....

Tour de taille :.....cm

Histoire de l'obésité :	Traitement mis en œuvre auparavant :
ATCD familiaux d'obésité Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aucun
Synthèse de l'histoire de l'obésité :	<input type="checkbox"/> Régime:
.....	<input type="checkbox"/> Médication :
.....	<input type="checkbox"/> Cure :
.....	<input type="checkbox"/>
.....	Psychothérapie :
.....	<input type="checkbox"/>
.....	Autres :
.....

• **Evaluation médicale préopératoire :**

Consultation Pneumologique :

- Syndrome d'Apnée Hypopnée du Sommeil :
 Oui Non
 Si oui appareillé et observant Oui Non
 oui Non
- Autre :
- Contre indication chirurgie Oui Non

Consultation cardiologique :

- HTA : Oui Non
 Si oui traitée Oui Non
- Equilibre tensionnel Oui Non
- ECG Echo EE
- examen :
-
- Autre :

Evaluation hépatique et biliaire :

- Echographie :
 Normale
 Lithiase vésiculaire/symptomatique
- Stéatose
- Autre
- Nécessité consultation gastroentérologue

- Bilan hépatique Normale
 Cytolyse
 Cholestase
 TP :%
- Autre
- NASH Oui Non
- Autre Pathologie :

Contre indication chirurgie Oui Non

Diabète :

Oui Non

Si Oui ancienneté :.....
le/...../.....

Traitement :

.....
.....
.....

CAT post op :.....

.....
.....
.....
Transfert diabétologie Oui Non

Dyslipidémie :

Oui Non

Si oui Type :.....

Bilan vitaminique et nutritionnel :

-TTT carence préop Oui Non
Type :.....

-Supplémentation protéique préop Oui Non

Addictions :

Aucune
 Alcool / sevré : Oui Non
 Tabac / sevré : Oui Non
 Autres :

Contraception :

Aucune Ménopausée Implanon Patch Stérilet
Dosage β HCG préopératoire Oui Non

Information sur la nécessité d'une contraception efficace durant 12 mois post-opératoires minimum
O N

FOGD :

Normale Hernie hiatale /cm
Hba1c:.....%

œsophagite / stade.....

gastrite.....

Métaplasie.....

Recherche HP + -

si + TTT éradicateur Oui Non

Test HeliKit Oui Non

Autre :

CAT :

Reflux gastro-œsophagien :

Oui Non

Peu sévère sévère très sévère

Traitement en cours :.....

Pathologie Ostéo-articulaire : Oui Non
si oui Arthrose Oui Non

Autre :.....

Bilan bucco-dentaire : Oui Non

- **Evaluation préopératoire par les autres intervenants :**

Evaluation diététique

Avis favorable

Avis défavorable

Evaluation par enseignante APA

Avis favorable

Avis défavorable

Avis psychologue :

Aucune contre-indication

Contre- indication absolue

Contre-indication relative :

Chirurgie prématurée

Indication pour une prise en charge spécifique :.....

Autre :

Avis psychiatre :

Aucune contre-indication

Contre- indication absolue

Contre-indication relative :

Chirurgie prématurée

Indication pour une prise en charge spécifique :.....

Autre :

Remise des documents d'information relatifs au parcours, à l'anesthésie et aux techniques opératoires : Oui Non

Souhait chirurgical du patient au terme de la prise en charge :.....

2 Déroulement de la RCP

• **Praticiens présents en RCP :**

<p>Chirurgien :</p> <p><input type="checkbox"/> Irchid ALNAASAN</p> <p><input type="checkbox"/> Pierre Alexandre WAROQUET</p> <p><input type="checkbox"/> Jean Rémi LEGROS</p> <p>Médecin anesthésiste :</p> <p><input type="checkbox"/> Marie Gabrielle HICTER</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>Diététicienne :</p> <p><input type="checkbox"/> Cécile GIRARDI</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>	<p>Endocrinologue :</p> <p><input type="checkbox"/> Cécile BOSSU-ESTOUR</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>Psychiatre :</p> <p><input type="checkbox"/> Fabienne EMMONOT</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>Secrétaire :</p> <p><input type="checkbox"/> Nadine CASTILLON</p>	<p>Gastro entérologue :</p> <p><input type="checkbox"/> Christophe LEGRAND</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>Rééducateur APA :</p> <p><input type="checkbox"/> Sophie JUGLAIR</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>	<p>Psychologue :</p> <p><input type="checkbox"/> Morgane MERIE</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>Médecin traitant :</p> <p>.....</p> <p>Autres spécialistes :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--	--	---

• **Décision en RCP :**

<p><input type="checkbox"/> REFUS</p> <p>Raisons :</p>	<p><input type="checkbox"/> Traitement chirurgical :</p> <p>- <u>Type de chirurgie</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> BYPASS</p> <p><input type="checkbox"/> SLEEVE</p> <p><input type="checkbox"/> ANNEAU</p> <p>- <u>Ablation anneau</u> :</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>- <u>PBH peropératoire</u> :</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>-Autre geste :.....</p> <p>-PHRC :.....</p>
--	--

• **ALERTES exprimées par spécialités et/ou MOTIFS de représentation ultérieure du dossier :**

• **Conclusion RCP :**

--

Rédaction	Dr Cécile Bossu Estour, Dr Antoine Guillaud
Vérification	Dr Dominique Beaudouin (EMS), DR Marie Gabrielle Hlcter
Validation	Dr Irchid Alnaasan, Dr JR Legros
Approbation	Pr Catherine Arvieux , Dr AL Borel, Dr Fabian Reche (CHU Grenoble)

Annexe 5 : Questionnaire EQVOD :

Questionnaire EQVOD **(Scores Echelle Qualité de Vie, Obésité, Diététique)**

Les questions qui suivent portent sur les retentissements de votre problème de poids, tels que vous les ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Comment répondre :

Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

Impact physique

A cause de mon poids...

1. J'ai du mal à respirer au moindre effort.	1	2	3	4	5
2. J'ai les chevilles et les jambes gonflées en fin de journée.	1	2	3	4	5
3. J'ai mal dans la poitrine quand je fais un effort.	1	2	3	4	5
4. J'ai des problèmes d'articulations raides ou douloureuses.	1	2	3	4	5
5. J'ai du mal à mener les choses à bien ou à faire face à mes responsabilités.	1	2	3	4	5
6. Ma forme physique est mauvaise.	1	2	3	4	5
7. J'ai mal au dos.	1	2	3	4	5
8. J'ai du mal à m'habiller ou à me déshabiller.	1	2	3	4	5
9. J'ai du mal à lacer mes chaussures.	1	2	3	4	5
10. J'ai du mal à prendre les escaliers.	1	2	3	4	5
11. Je suis moins efficace que je pourrais l'être.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
toujours / énormément	souvent / beaucoup	parfois / modérément	rarement / un peu	jamais / pas du tout

Impact psycho-social

A cause de mon poids...

12. Je m'isole ou me renferme sur moi-même.	1	2	3	4	5
13. J'ai peur de me présenter à des entretiens pour un emploi.	1	2	3	4	5
14. Je trouve difficile de m'amuser.	1	2	3	4	5
15. Je me sens déprimé(e), mon moral n'est pas bon.	1	2	3	4	5
16. Je manque de volonté.	1	2	3	4	5
17. Les gens me considèrent comme quelqu'un de « bien gentil » mais de pas très futé.	1	2	3	4	5
18. J'ai honte de mon poids.	1	2	3	4	5
19. Je me sens inférieur(e) aux autres.	1	2	3	4	5
20. Je me sens coupable lorsque les gens me voient manger.	1	2	3	4	5
21. Je ne veux pas que l'on me voie nu(e).	1	2	3	4	5
22. J'ai du mal à trouver des vêtements qui m'aillent.	1	2	3	4	5

Impact sur la vie sexuelle

A cause de mon poids...

23. J'éprouve peu ou même aucun désir sexuel.	1	2	3	4	5
24. J'ai des difficultés physiques dans les rapports sexuels.	1	2	3	4	5
25. J'évite les relations sexuelles chaque fois que c'est possible.	1	2	3	4	5
26. Les activités sexuelles ne me procurent aucun plaisir.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
toujours / énormément	souvent / beaucoup	parfois / modérément	rarement / un peu	jamais / pas du tout

Bien être alimentaire

A cause de mon poids...

27. J'aime manger.	1	2	3	4	5
28. Après avoir mangé, j'éprouve un sentiment de satisfaction.	1	2	3	4	5
29. La nourriture m'apporte bien-être et plaisir.	1	2	3	4	5
30. Je me réjouis à l'idée de manger.	1	2	3	4	5
31. J'aime penser à la nourriture.	1	2	3	4	5

Vécu du régime / Diététique

A cause de mon poids...

32. Régime signifie pour moi privation et frustration.	1	2	3	4	5
33. Les régimes m'empêchent de manger ce que je veux lors des repas en famille et/ou avec des amis.	1	2	3	4	5
34. Les régimes me fatiguent et me donnent mauvaise mine.	1	2	3	4	5
35. Je me sens coupable chaque fois que je mange des aliments déconseillés.	1	2	3	4	5
36. Les régimes me rendent agressif (ve).	1	2	3	4	5

Annexe 6 : Echelle HAD-S :

Echelle de dépression HAD-S (HAD-S : Hospital Anxiety and Depression Scale)

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent.
- 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent.
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant.
- 1 Pas autant.
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé.
- 1 Plus autant qu'avant.
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Très souvent.
- 3 Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant.
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant.
- 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent.
- 1 Parfois.
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.

Résultats :

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores :

7 ou moins : absence de symptomatologie

8 à 10 : symptomatologie douteuse

11 et plus : symptomatologie certaine.

Annexe 7 : Dutch Eating Behaviour Questionnaire :

Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ)

Vous trouverez dans les pages qui suivent un certain nombre de questions concernant vos habitudes alimentaires. Lisez attentivement chaque question et marquez d'une croix la case correspondant à la réponse que vous considérez comme la meilleure. Vous ne devez donner qu'une seule réponse par question. Votre première impression est souvent la meilleure, ne vous attardez donc pas trop longtemps sur chaque question.

1. Quand vous êtes irrité(e), avez-vous envie de manger ?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
 - Je ne suis jamais irrité(e)

2. Si vous trouvez un plat savoureux, en mangez-vous plus que d'habitude ?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent

3. Avez-vous envie de manger lorsque vous n'avez rien à faire ?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
 - J'ai toujours quelque chose à faire

4. Quand vous avez pris un peu de poids, mangez-vous moins que d'habitude ?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
 - Je ne prends jamais de poids

5. Avez-vous envie de manger lorsque vous êtes déprimé(e) ou découragé(e) ?
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent

Je ne suis jamais déprimé(e) ou découragé(e)

6. Si un plat vous paraît appétissant par son odeur ou son aspect, en mangez-vous plus que d'habitude ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

7. Vous arrive-t-il de refuser de la nourriture ou des boissons que l'on vous offre parce que vous voulez faire attention à votre poids ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

8. Avez-vous envie de manger lorsque vous vous sentez seul(e) ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent
- Je ne me sens jamais seul(e)

9. Quand vous voyez ou vous sentez quelque chose d'appétissant, l'envie vous prend-elle de manger ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

10. Quand vous vous sentez abandonné(e), avez-vous envie de manger ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent
- Je ne me sens jamais abandonné(e)

11. Aux repas, essayez-vous de manger moins que ce que vous auriez envie de manger ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois

- Souvent
- Très souvent

12. Si vous disposez de quelque chose d'appétissant, le mangez-vous immédiatement ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

13. Quand vous êtes fâché(e), avez-vous envie de manger ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent
- Je ne suis jamais fâché(e)

14. Surveillez-vous exactement ce que vous mangez ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

15. Lorsque vous passez devant une boulangerie, l'envie vous prend-elle d'acheter quelque chose ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

16. Lorsque quelque chose de désagréable vous attend, avez-vous envie de manger ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

17. Mangez-vous volontairement des nourritures peu caloriques ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

18. Lorsque vous voyez d'autres personnes manger, l'envie vous prend-elle de manger également ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
19. Quand vous avez trop mangé, mangez-vous moins le lendemain que d'habitude ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
 - Je ne mange jamais trop
20. Avez-vous envie de manger lorsque vous êtes inquiet(e), soucieux(euse) ou tendu(e) ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
 - Je ne suis jamais inquiet(e), soucieux(euse) ou tendu(e)
21. Pouvez-vous résister à des nourritures délicieuses ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
22. Mangez-vous volontairement un peu moins pour ne pas grossir ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
23. Quand quelque chose vous contrarie ou ne se déroule pas comme vous le souhaitiez, avez-vous envie de manger ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
24. Si vous passez devant un snack-bar ou un café, avez-vous envie d'entrer prendre quelque chose de bon ?
- Jamais
 - Rarement
 - Parfois

- Souvent
- Très souvent

25. Lorsque vous êtes énervé(e), avez-vous envie de manger ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent
- Je ne suis jamais énervé(e)

26. Essayez-vous de ne pas manger entre les repas parce que vous surveillez votre poids ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

27. Mangez-vous plus que d'habitude en voyant d'autres gens manger ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

28. Avez-vous envie de manger quand vous vous ennuyez ou quand vous ne tenez pas en place ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent
- Je ne m'ennuie jamais ou je suis toujours calme

29. Pendant la soirée, essayez-vous de ne pas manger parce que vous surveillez votre poids?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

30. Quand vous êtes anxieux(euse), avez-vous envie de manger ?

- Jamais

- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent
- Je ne suis jamais anxieux(euse)

31. Lorsque vous mangez, tenez-vous compte de votre poids ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

32. Lorsque vous êtes déçu(e), avez-vous envie de manger ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent
- Je ne suis jamais déçu(e)

33. Quand vous préparez un repas, avez-vous tendance à manger quelque chose ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

Annexe 8 : Feuille explicative jointe au questionnaire à M0 :

AUTO-QUESTIONNAIRES PORTANT SUR LES HABITUDES ET LES CONDUITES ALIMENTAIRES

DATE : / /

Nom : Prénom : né(e) le : / /

Situation familiale : marié(e)/en concubinage célibataire Veuf(ve)

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous proposons de répondre à une série de questions portant sur vos habitudes de vie et vos habitudes alimentaires. Le but est de mieux vous comprendre, pour mieux vous soigner. Il ne s'agit ni de porter un jugement ni de vous mettre une étiquette.

Les réponses seront analysées par la diététicienne, la psychologue, l'éducateur en activité physique adaptée et le médecin qui vous prennent en charge.

Les réponses à ces questionnaires feront également l'objet d'un travail de thèse de médecine générale visant à évaluer le programme d'éducation thérapeutique du parcours obésité de l'hôpital de Chambéry dont vous bénéficiez aujourd'hui. Cette étude sera menée par Delphine MARTIN, Interne de médecine, **sous la direction du Docteur Cécile BOSSU-ESTOUR**. Ce travail nécessitera que nous vous sollicitions dans 6 mois lors de l'entretien prévu au terme du parcours, pour répondre à un questionnaire similaire.

Toutes ces données sont strictement confidentielles et couvertes par le secret médical. Dans le cadre de la thèse de médecine, l'analyse et la restitution des résultats de l'étude sera bien sûr anonyme.

Si une question ne vous paraît pas claire, essayez d'y répondre tout de même, en sélectionnant l'affirmation la plus adaptée à votre situation.

En effet, l'ensemble des réponses est nécessaire à une bonne analyse.

L'ensemble de l'équipe soignante reste à votre disposition pour toute question ou problème.

Nous vous remercions de votre collaboration qui nous est précieuse.

J'accepte de participer à ce travail de thèse : oui / non

Signature :

Annexe 9 : Courrier de présentation joint au questionnaire envoyé au groupe contrôle à M0 :

Madame, Monsieur,

Dans le cadre du parcours GEROM 73, un questionnaire vous est proposé afin de mieux vous comprendre et mieux vous soigner.

Veuillez donc trouver ci-joint ledit questionnaire que nous vous remercions de bien vouloir compléter.

Vous trouverez joint à ce courrier une enveloppe pré-timbrée afin de nous retourner le questionnaire rempli.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Cordialement.

Le secrétariat de l'hospitalisation de semaine en endocrinologie.

8^{ème} étage, Aile B.

Centre hospitalier de Chambéry.

Téléphone : 04 79 96 56 19

Mail : ide.b8-semaine@ch-chambery.fr

Annexe 10 : Feuille explicative jointe au questionnaire à M6 :

AUTO-QUESTIONNAIRES PORTANT SUR LES HABITUDES ET LES CONDUITES ALIMENTAIRES

DATE : / /

Nom : Prénom : né(e) le : / /

Situation familiale : marié(e)/en concubinage célibataire Veuf(ve)

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Arrivé(e) au terme de votre parcours de 6 mois, nous vous proposons à nouveau de répondre à une série de questions portant sur vos habitudes de vie et vos habitudes alimentaires. Le but est de mieux vous comprendre, pour mieux vous soigner. Il ne s'agit ni de porter un jugement ni de vous mettre une étiquette.

Les réponses seront analysées par la diététicienne, la psychologue, l'éducateur en activité physique adaptée et le médecin qui vous prennent en charge.

Comme vous le savez, les réponses à ces questionnaires feront également l'objet d'un travail de thèse de médecine générale visant à évaluer le programme d'éducation thérapeutique du parcours obésité de l'hôpital de Chambéry dont vous bénéficiez aujourd'hui. Cette étude sera menée par Delphine MARTIN, Interne de médecine, **sous la direction du Docteur Cécile BOSSU-ESTOUR.**

Toutes ces données sont strictement confidentielles et couvertes par le secret médical. Dans le cadre de la thèse de médecine, l'analyse et la restitution des résultats de l'étude sera bien sûr anonyme.

Si une question ne vous paraît pas claire, essayez d'y répondre tout de même, en sélectionnant l'affirmation la plus adaptée à votre situation.

En effet, l'ensemble des réponses est nécessaire à une bonne analyse.

L'ensemble de l'équipe soignante reste à votre disposition pour toute question ou problème.

Nous vous remercions de votre collaboration qui nous est précieuse.

Annexe 11 : DSM IV : Troubles des conduites alimentaires, critères diagnostiques :

Trouble des conduites alimentaires	Critères diagnostiques
<p>Anorexie mentale (Anorexia nervosa) F50.0 [307.1]</p>	<p>A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % (du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu).</p> <p>B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.</p> <p>C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.</p> <p>D. Chez les femmes post pubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. (Une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes.)</p> <p>Spécifier le type : Type restrictif («Restricting type») : pendant l'épisode actuel d'Anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements). Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs («Binge-eating/purging type») : pendant l'épisode actuel d'Anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).</p>
<p>Boulimie (Bulimia nervosa) F50.2 1307.511</p>	<p>A. Survenue récurrente de crises de boulimie («binge eating»). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes : (1) absorption, en une période de temps limitée (p. ex., moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances (2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex., sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)</p> <p>B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.</p> <p>C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois.</p> <p>D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.</p> <p>E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'Anorexie mentale (Anorexia nervosa).</p>

	<p>Spécifier le type : Type avec vomissements ou prise de purgatifs («Purging type») : pendant l'épisode actuel de Boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements. Type sans vomissements ni prise de purgatifs («Nonpurging type») : pendant l'épisode actuel de Boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.</p>
<p>Trouble des conduites alimentaires non spécifiés F50.x [307.50]</p>	<p>1. F50.1 Chez une femme, tous les critères de l'Anorexie mentale sont présents, si ce n'est qu'elle a des règles régulières.</p> <p>2. F50.1 Tous les critères de l'Anorexie mentale sont remplis excepté que, malgré une perte de poids significative, le poids actuel du sujet reste dans les limites de la normale.</p> <p>3. F50.3 Tous les critères de la Boulimie sont présents, si ce n'est que les crises de boulimie ou les moyens compensatoires inappropriés surviennent à une fréquence inférieure à deux fois par semaine, ou pendant une période de moins de 3 mois.</p> <p>4. L'utilisation régulière de méthodes compensatoires inappropriées fait suite à l'absorption de petites quantités de nourriture chez un individu de poids normal (p. ex., vomissement provoqué après absorption de deux petits gâteaux).</p> <p>5. Le sujet mâche et recrache, sans les avaler, de grandes quantités de nourriture.</p> <p>6. F50.4 Hyperphagie boulimique («Binge-eating disorder») : Il existe des épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence d'un recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la Boulimie</p>
<p>Hyperphagie boulimique (Binge eating disorder) F50.4</p>	<p>Critères de recherche pour l'Hyperphagie boulimique («Binge eating disorder») :</p> <p>A. Survenue récurrente de crises de boulimie («binge eating»). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes : (1) absorption, en une période de temps limitée (p. ex., moins de 2 heures) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances (2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex., sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)</p> <p>B. Les crises de boulimie sont associées à trois des caractéristiques suivantes (ou plus) : (1) manger beaucoup plus rapidement que la normale (2) manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale (3) manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim (4) manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe (5) se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé</p> <p>C. Le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée.</p> <p>D. Le comportement boulimique survient, en moyenne, au moins 2 jours par semaine pendant 6 mois.</p>

N.-B. : La méthode adoptée pour déterminer la fréquence n'est pas la même que dans la Boulimie (*Bulimia nervosa*) ; des recherches futures devront permettre de décider si la meilleure méthode pour définir un seuil de fréquence consiste à compter le nombre de jours où il y a eu boulimie ou bien le nombre de crises de boulimie.

E. Le comportement boulimique n'est pas associé au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés (p. ex., vomissements ou prise de purgatifs, jeûne, exercice physique excessif) et ne survient pas exclusivement au cours d'une Anorexie mentale (*Anorexia nervosa*) ou d'une Boulimie (*Bulimia nervosa*).

Annexe 12 : DSM V : Critères diagnostiques du Binge Eating Disorder 307.51 (F50.8) :

A. Survenue récurrente de crises de boulimie (« binge eating »). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes : (1) absorption, en une période de temps limitée (p. ex., moins de 2 heures) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances (2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex., sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)

B. Les crises de boulimie sont associées à trois des caractéristiques suivantes (ou plus) : (1) manger beaucoup plus rapidement que la normale (2) manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale (3) manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim (4) manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe (5) se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé

C. Le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée.

D. Le comportement boulimique survient, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.

E. Le comportement boulimique n'est pas associé au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés (p. ex., vomissements ou prise de purgatifs, jeûne, exercice physique excessif) et ne survient pas exclusivement au cours d'une Anorexie mentale (Anorexia nervosa) ou d'une Boulimie (Bulimia nervosa).

Spécifier si :

-en rémission partielle : après que l'ensemble des critères du BED aient été précédemment réunis, le comportement boulimique survient une fréquence moyenne de moins d'un épisode par semaine sur une période de temps prolongée.

-en rémission complète : après que l'ensemble des critères du BED aient été précédemment réunis, aucun des critères ne sont survenus sur une période de temps prolongée.

Spécifier la sévérité :

Le niveau minimum de gravité est basé sur la fréquence des épisodes de comportement boulimique (voir ci-dessous). Le niveau de gravité peut être majoré pour tenir compte d'autres symptômes et du degré d'incapacité fonctionnelle.

Léger : 1 à 3 épisodes de comportement boulimique par semaine ;

Modéré : 4 à 7 épisodes de comportement boulimique par semaine ;

Sévère : 8 à 13 épisodes de comportement boulimique par semaine ;

Extrême : 14 ou plus épisodes de comportement boulimique par semaine.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RESUME

INTRODUCTION : L'obésité est une pathologie chronique, complexe et multifactorielle dont la prévalence dans le monde continue d'augmenter. Encore peu d'études évaluent les programmes de prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité. L'objectif principal était d'évaluer l'évolution de la qualité de vie sur 6 mois des patients atteints d'obésité de l'unité Groupe d'Etude Recherche Obésité Maladie (GEROM 73) du centre hospitalier Métropole de Savoie en France. Le GEROM 73 propose une prise en charge pluridisciplinaire conforme aux recommandations officielles.

METHODE : Nous avons mené une étude prospective contrôlée, monocentrique. Nous avons suivi sur 6 mois 73 patients répartis en 3 bras. Les critères d'inclusion étaient les patients adultes atteints d'obésité de classe 3 et de classe 2 avec complications, inclus dans le GEROM 73. Nous avons utilisé le questionnaire de qualité de vie « Echelle de Qualité de Vie, Obésité et Diététique » (EQVOD).

RESULTATS : 35 patients ont été perdus de vue. A 6 mois, dans le groupe préopératoire (17 patients), le score moyen de qualité de vie était amélioré de 9,32 points. Dans le groupe non opératoire (9 patients), il était amélioré de 1,63 point. Dans le groupe contrôle (12 patients), il était amélioré de 1,75 point. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les différents groupes.

CONCLUSION : Après le parcours GEROM 73, la qualité de vie paraît être améliorée, surtout dans le groupe préopératoire mais il n'y a pas de significativité statistique. Ces premiers résultats sont encourageants et constituent une piste pour des travaux de recherche ultérieurs sur le programme d'éducation thérapeutique du GEROM 73.

Mots clés : Obésité, qualité de vie, modification du mode de vie