



HAL
open science

Évolution de la qualité de vie des patients atteints d'obésité lors de leur prise en charge au CHU de Nîmes

Laure Benedetti

► **To cite this version:**

Laure Benedetti. Évolution de la qualité de vie des patients atteints d'obésité lors de leur prise en charge au CHU de Nîmes. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04760107

HAL Id: dumas-04760107

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04760107v1>

Submitted on 30 Oct 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Laure BENEDETTI

le 02 juillet 2024

**Évolution de la qualité de vie des patients atteints d'obésité
lors de leur prise en charge au CHU de Nîmes**

Directrice de thèse : Dr Emma LUCQUIAUD

JURY

Présidente : Pr Béatrice LOGNOS-FOLCO

Assesseurs : Dr Emma LUCQUIAUD, Dr Gaëlle BONNOTTE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Laure BENEDETTI

le 02 juillet 2024

**Évolution de la qualité de vie des patients atteints d'obésité
lors de leur prise en charge au CHU de Nîmes**

Directrice de thèse : Dr Emma LUCQUIAUD

JURY

Présidente : Pr Béatrice LOGNOS-FOLCO

Assesseurs : Dr Emma LUCQUIAUD, Dr Gaëlle BONNOTTE

Liste des enseignants

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	GUI TER Pierre	NAVRATIL Henri
ALLIEU Yves	CAMU William	HEDON Bernard	OTHONIEL Jacques
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	HERTAULT Jean	PAGES Michel
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	HUMEAU Claude	PELISSIER Jacques
ASENCIO Gérard	CIURANA Albert-Jean	JAFFIOL Claude	PETIT Pierre
ASTRUC Jacques	CLOT Jacques	JARRY Daniel	POUGET Régis
AUSSILLOUX Charles	COSTA Pierre	KLEIN Bernard	PUJOL Henri
AVEROUS Michel	COTTALORDA Jérôme	LAFFARGUE François	RABISCHONG Pierre
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LAMARQUE Jean-Louis	REBOUL Jean
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RIEU Daniel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LEROUX Jean-Louis	ROCHEFORT Henri
BANSARD Nicole	DOMERGUE Jacques	LESBROS Daniel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BILLIARD Michel	DUBOIS Jean Bernard	LORIOT Jean	SAINT-AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	DUJOLS Pierre	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	DUMAZER Romain	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BONNEL François	ECHENNE Bernard	MARTY ANE Charles	SEGNARBIEUX François
BOULOT Pierre	FABRE Serge	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BOURGEOIS Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MEYNADIER Jean	TOUITOU Isabelle
BOUSQUET Jean	GALIFER René Benoît	MICHEL François-Bernard	VIDAL Jacques
BRUEL Jean Michel	GODLEWSKI Guilhem	MION Charles	VISI ER Jean Pierre
BUREAU Jean-Paul	GUILHOU Jean-Jacques	NAVARRO Maurice	

Professeurs Emérites

Docteurs Émérites

ARTUS Jean-Claude

DEDET Jean-Pierre

MESSNER Patrick

PUJOL Joseph

BASTIEN Patrick

DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel

MONNIER Louis

BLANC François

GUILLOT Bernard

PREFAUT Christian

BONAFE Alain

HERISSON Christian

PUJOL Rémy

BOULENGER Jean-Philippe

JEANDEL Claude

REYNES Jacques

BOURREL Gérard

JONQUET Olivier

RIBSTEIN Jean

BRINGER Jacques

LANDAIS Paul

ROSSI Jean-François

CANOVAS François

LARREY Dominique

SCHVED Jean-François

CLAUSTRES Mireille

LE QUELLEC Alain

TOUCHON Jacques

COMBE Bernard

MARES Pierre

VOISIN Michel

DAURES Jean-Pierre

MAUDELONDE Thierry

ZANCA Michel

DAUZAT Michel

MILLAT Bertrand

DAVY Jean-Marc

MAURY Michèle

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DERUELLE Philippe	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie

ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1ère classe

ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
BOURGIER Céline	Cancérologie ; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CHANQUES Gérard	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales

LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUBILLE François	Cardiologie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VINCENT Thierry	Immunologie

PU-PH de 2ème classe

AYRIGNAC Xavier	Neurologie
BELZEAUX Raoul	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
BERTRAND Martin	Anatomie
BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOMMART Sébastien	Radiologie et imagerie médicale
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DAIEN Claire	Rhumatologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DONNADIEU Hélène	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FRANDON Julien	Radiologie et imagerie médicale
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GANDET Thomas	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GELIS Anthony	Médecine physique et de réadaptation
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LACHERETZ-SZABLEWSKI Vanessa	Anatomie et cytologie pathologiques
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOUBET Paul	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PERS Yves-Marie	Thérapeutique ; addictologie
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
STEPANIAN Alain	Hématologie ; transfusion
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1ère classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

2ème classe :

CHAZAL Nathalie (Biologie cellulaire)

MOREAUX Jérôme (Sciences biologiques fondamentales et cliniques)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1ère classe :

AMOUYAL Michel

2ème classe :

FOLCO-LOGNOS Béatrice

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

PROFESSEURS ASSOCIES – Médecine

BAUCHET Luc (Neurochirurgie)

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

DEBIEN Blaise (Médecine d'urgence)

GAUDARD Philippe (Anesthésiologie-réanimation)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

NOUGARET Stéphanie (Radiologie et imagerie médicale)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Éric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent Médecine légale et droit de la santé

RICHARD Bruno Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère Génétique

CARRIERE Christian Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GIANSILY-BLAIZOT Muriel Hématologie ; transfusion

RAVEL Christophe Parasitologie et mycologie

MCU-PH de 1ère classe

BRET Caroline Hématologie biologique

BROUILLET Sophie Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

CHIRIAC Anca Immunologie

COSSEE Mireille	Génétique
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
GOUZI Farès	Physiologie
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

MCU-PH de 2ème classe

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUGNOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
DEBOURDEAU Antoine	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
DUPONT Chloé	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ENGELMANN Ilka	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FROUIN Éric	Anatomie et cytologie pathologiques
HUBLERANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
RANISAVELJEVIC Noémie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BECAMEL Carine	Neurosciences
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

Maîtres de Conférences de classe normale

BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
HERVE ANDRE Emilie	Maïeutique
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1ère classe

COSTA David
OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2ème classe

CARBONNEL François
MILLION Elodie

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

BADIN Mélanie
CAMPAGNAC Jérôme
LOPEZ Antonio
MINET Mathilde
SERAYET Philippe
URENA DORES Aurélie

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DURAES Martha	Anatomie
FAVIER Valentin	Oto-Rhino-Laryngologie
GAVOTTO Arthur	Pédiatrie
POULEN Gaëtan	Neurochirurgie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
THERON Alexandre	Pédiatrie
URSIC BEDOYA José	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PH chargés d'enseignements

AGUILHON Sylvain	CARTIER César	FILLOLS Mélanie	LE BIHAN Clément	PICOT Marie Christine
AKKARI Mohamed	CASPER Thierry	FLORI Nicolas	LE GUILLOU Cédric	POQUET Hélène
ALRIC Jérôme	CATHALA Philippe	FOURNIER Philippe	LE MOINE DONY Marie-Christine	PRIN Pauline
AMEDRO Pascal	CAZABAN Michel	FRANC Nathalie	LETERTRE Simon	PUJOL Sarah-Lise
AMOUROUX Cyril	CHALARD Kévin	GAILLARD Nicolas	LOPEZ Régis	QUANTIN Xavier
ANTOINE Valéry	CHARBIT Jonathan	GALMICHE Sophie	LUQUIENS Amandine	RAFFARD Laurence
ATTALIN Vincent	CHEVALLIER Thierry	GARNIER Sylvain	MAILLE Olivier	RAINGEARD Isabelle
BADR Maliha	COLIN Olivier	GENY Christian	MANDOUL Caroline	RAPIDO Francesca
BAIS Céline	CONEJERO Ismaël	GERONIMI Laetitia	MANZANERA Cyril	RAY Valéry
BARBAR Saber Davide	CONSEIL Mathieu	GINIES Patrick	MARGUERITTE Emmanuel	RIBRAULT Alice
BASSET Didier	CORBEAU Catherine	GONON DEMOULIAN Raphael	MARTIN Lucille	RICHAUD-MOREL Brigitte
BATIFOL Dominique	COROIAN Flavia-Oana	GOULABCHAND Radjiv	MATTATIA Laurent	RIDOLFO Jérôme
BATTISTELLA Pascal	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric	MAZARD Thibault	RIPART Sylvie
BELL Ariane	COUTUREAU Juliette	GRIVET Benjamin	MEROUEH Fadi	ROBERT Pierre
BENENATI Sylvain	CUNTZ Danielle	GROSSIN Delphine	MESTREGODIN Sandrine	RONGIERES Michel
BENNYS Karim	DAVID Aurore	GUEDJ Anne Marie	MEUNIER Lucie	ROULET Agnès
BERNARD Nathalie	DE BOUTRAY Marie	HEDON Christophe	MEYER Pierre	RUBENOVITCH Josh
BERNIER Maud	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	HENRY Vincent	MICHEL Moïse	SANTONI Fannie
BERTCHANSKY Ivan	DEBIEN Blaise	HIRECHE Kheira	MILESI Christophe	SASSO Milène
BIBOULET Philippe	DEGRAVI Lauriane	INGHILLERI Marie-Laure	MONET Clément	SCHMITT David
BIRON-ANDREANI Christine	DELPONT Marion	JAMMET Patrick	MORAU Estelle	SCHULDINER Sophie
BLANC Brigitte	DENIS Hélène	JEDRYKA François	MORQUIN David	SEGURET Fabienne
BLANCHET Catherine	DEVILLE de PERIERE Gilles	JREIGE Riad	MOSER Camille	SENESSE Pierre
BLATIERE Véronique	DI CASTRI Alberto	JULIER Ingrid	MOUSTY Eve	SERRE Jean-Emmanuel

BOGE Gudrun	ESTRIC Clémentine	LAURENT Jérémy	SOLA Christelle	THIRION Marina
BOURRAIN Jean Luc	FAIDHERBE Jacques	LAZERGES Cyril	SOUKSI MEDIONI Isabelle	TUNEZ Virginie
BOUYABRINE Hassan	FATTON Brigitte	MOUTERDE Gaël	SOULLIER Camille	VACHIERY-LAHAYE Florence
BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	FAURE Elsa	NOU HOWALDT Monira	STEPHAN Robin	VERNES Éric
BRISOT Dominique	FILLERON Anne	ORY Jérôme	STOEBNER DELBARRE Anne	VIALA Maurice
BRONER Jonathan	KADERBAY Akil	PANTERA Éric	SURCIN-TSEKOURAS Nicolas	VINCENT Laure
CAIMMI Davide Paolo	KINNE Mélanie	PERNIN Vincent	SZAFORS Paulina	WAGNER Laurent
CARR Julie	LABARIAS Coralie	PERRIGAULT Pierre François	TALEB ARRADA Ikram	WALTHER LOUVIER Ulrike
DJANIKIAN Flora	LABORDE Caroline	PEYRON Pierre-Antoine	TARUFFI Floriane	WILLEMS Marjolaine
DUCROCQ Vincent	LACAMBRE Mathieu	PICARD Éric	TEOT Luc	ZERKOWSKI Laetitia
DUNYACH-REMY Catherine	LARCHER Romaric	SKALLI El Medhi	TER SCHIPHORST Adrien	

Remerciements

Aux membres du jury

A Madame le **Professeur Béatrice LOGNOS-FOLCO**, merci de me faire l'honneur de présider mon jury et merci de l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Madame le **Docteur Emma LUCQUIAUD**, merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Ta disponibilité, tes conseils pertinents et bienveillants ont été d'une grande aide tout au long de ce projet.

A Madame le **Docteur Gaëlle BONNOTTE**, c'est une vraie joie de te voir parmi les membres de mon jury. Merci de ton amitié, j'espère que nous aurons encore de nombreuses occasions de travailler ensemble.

A ceux qui ont participé à l'élaboration de cette thèse

Au **Docteur Sophie SCHULDINER**, merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse. Je garde un excellent souvenir de ce stage dans ton service au Grau du Roi, sous ta direction bienveillante.

Au **Docteur Chris SERRAND**, merci d'avoir pris le temps nécessaire pour m'expliquer les logiciels statistiques et répondre à mes questions. Votre patience et votre expertise m'ont été d'une grande aide.

Au **Docteur Claire FRITZ**, je suis heureuse que l'on ait eu ce projet de thèse ensemble. Merci d'avoir répondu à toutes mes questions et soutenue jusqu'au dernier moment. Ta disponibilité et ta gentillesse ont été source de réconfort et de motivation.

A ma famille

Maman, Papa, merci de m'avoir soutenue et accompagnée tout au long de ma scolarité et mon parcours, jusqu'à cet aboutissement aujourd'hui. Votre amour inconditionnel, vos encouragements constants et votre confiance en moi ont été mes piliers. Vous m'avez toujours accompagnée dans tous mes projets et j'aurai toujours besoin de votre bienveillance, de votre amour et de vos précieux conseils.

Mes sœurs, merci d'avoir servi de soupape de décompression pendant les études de médecine. Vous êtes toujours présentes pour moi, dans les moments importants de ma vie. J'aime votre sens du partage et votre capacité à créer des souvenirs merveilleux. **Clairounette**, merci pour ton attention, ta joie et de vivre et ta créativité. Hâte que tu sois tata gâteau ! **Pepette**, merci d'être une oreille attentive et une douce présence.

Alexandre et Pierre, merci d'avoir été des guides dans la vie, chacun à sa façon. J'ai hâte que tous les cousins se réunissent.

Grand-Père, je suis très heureuse que tu sois présent aujourd'hui. J'espère te rendre fier en prenant la succession du Dr Benedetti.

Laurent, merci d'être mon parrain et d'être présent à toutes les étapes de ma vie. Tu es toujours une présence rassurante.

Catherine, je suis heureuse d'être ta filleule. Merci d'être un soutien et une personne sur laquelle je peux toujours compter.

A mes amis de l'internat

Claire, merci de ta joie de vivre et ta spontanéité. Tu es une amie que je chéris et je sais que je peux compter sur toi. Ta présence transforme les moments ordinaires en souvenirs extraordinaires.

Nico, merci de ton humour et de ta bienveillance. Ta compagnie joyeuse et sensible embellie les moments passés ensemble.

Anthony, merci de ton rire contagieux et de ta capacité à apporter de la légèreté dans tous les moments de vie. Ton souci de l'autre et ta justesse d'esprit enrichissent notre amitié.

Injéh, merci de ta générosité et de ton grand cœur. Ta bienveillance et ton sens du partage sont source de réconfort et d'inspiration. Je me sens bien près de toi.

Lisa, merci de ta gentillesse et de ta créativité. Ton imagination sans bornes et ta douceur ont fleuri ma vie et notre amitié.

Max, merci d'être attentionné, ta présence calme et ton soutien silencieux ont toujours été rassurants.

Louise, merci d'être toujours là pour rigoler et partager des beaux moments. Ta capacité à voir le positif et à profiter de chaque instant est une source constante de bonheur.

Salomé, merci pour ta joie de vivre. Ton enthousiasme et ton énergie positive ont illuminés nos moments partagés ensemble.

Alison, merci pour ton énergie et ton rire. Ta vivacité et ta joie communicative sont des ressources précieuses.

Solène et Alex, merci de votre gentillesse et votre douceur. On vous suit petit à petit dans les étapes de la vie. Hâte que nos enfants soient meilleurs amis.

Camille et JB, merci de votre amitié sincère et bienveillante. Votre amour de la vie et de la bonne cuisine est un plaisir à partager, on se retrouve quand vous voulez pour tester tous les restaurants de la région narbonnaise.

Coline, notre chandelle. Merci de nous avoir supporté pendant 6 mois à découvrir toutes les plages de sable blanc. Ta joie de vivre a rendu cette expérience inoubliable.

A mes amis de l'externat

Alexandra, merci d'avoir toujours été là pour moi et pour nous. Tu es un soutien indéfectible et une amie merveilleuse. Hâte d'être à ton mariage avec Louis et de célébrer ce moment spécial ensemble.

Flora, merci d'être là toujours pour moi. Tu es vraiment une amie en or et je sais que je peux toujours compter sur toi. Grâce à toi j'ai trouvé la motivation pour terminer ma thèse

Félix, ta bonne humeur est contagieuse. Merci de rendre chaque moment plus joyeux et plus léger.

PE, merci de ton amitié fidèle et de ta présence. Tu restes un compagnon de vie sensible et à l'écoute.

Luc, c'est toujours une vraie joie de se revoir, même si ce n'est pas souvent. Merci pour ces instants précieux.

Viviane, garde ta folie et ta joie de vivre. Ton énergie débordante et ton enthousiasme apportent une bouffée d'air frais aux moments passés ensemble.

Marie, merci pour ta bonne humeur, ton sourire et ta malice. Tu es un soutien et une amie précieuse.

Soraya, merci pour ton humour et ta spontanéité. Tu rends chaque petit moment plus lumineux.

Neelem, merci pour ta gentillesse et ta douceur.

Talina, merci d'être une amie fidèle au cœur généreux.

Guénaëlle, merci d'être toujours attentionnée et prévenante.

Kassandra, merci pour ta présence et ton amitié sincère.

Marie R., merci de partager des moments de joie et de divertissement.

A mes amies d'enfance

Tania, je suis si contente que nos vies se soient recroisées. Je me réjouis de voir l'avenir de notre amitié. On ne va plus se quitter et je suis impatiente de créer encore plus de souvenirs précieux ensemble.

Constance, merci d'être là pour moi. Je pense à toi et au jour où nous nous retrouverons. Ton soutien constant et ton amitié indéfectible sont des sources de réconfort inestimables.

Marjolaine, merci d'être mon amie de cœur et d'esprit.

Delphine, merci d'être toujours là pour partager nos vies.

Lorraine, merci de garder notre amitié tout au long de ces années.

Au **secrétariat de la clinique Stella**. Merci de votre super accueil et de votre gentillesse. Mes journées de travail sont égayées quand je passe du temps dans vos bureaux.

A notre petite **Surprise** en cours de création. Tu seras le meilleur cadeau de Noël qu'on puisse espérer. Nous avons hâte de te rencontrer et de partager des moments pleins d'amour avec toi.

Philippe, merci d'être toi et d'être toujours là pour moi. Ton soutien, ta compréhension et ton amour font de toi l'homme exceptionnel que j'ai la chance d'avoir à mes côtés. Tu fais déjà un époux formidable, tu feras un père parfait.

Sommaire

Liste des enseignants	2
Remerciements	16
Sommaire	21
Glossaire	22
Introduction	23
1. Définition et épidémiologie de l'obésité.....	23
2. Etiologies de l'obésité	23
3. Conséquences de l'obésité	24
4. Qualité de vie liée à l'obésité	26
5. Prise en charge de l'obésité	27
6. Projet d'étude	30
Matériels et méthodes	31
1. Population.....	31
2. Design de l'étude	31
3. Questionnaires.....	32
4. Critères de jugement	34
5. Statistiques.....	34
6. Traitement, gestion et confidentialité des données.....	35
7. Considérations éthiques	35
8. Source de financement.....	35
Résultats	36
1. Population.....	36
2. Caractéristiques patients	37
3. Evolution de la qualité de vie.....	39
4. Autres questionnaires	40
5. Analyses comparatives univariées	42
6. Analyses en sous-groupes.....	42
Discussion	45
1. Résultats principaux.....	45
2. Analyses secondaires	45
3. Forces et limites de l'étude.....	46
4. Prospectives.....	46
Conclusion	49
Bibliographie	50
Annexes	55
Serment d'Hippocrate	72
Résumé	73

Glossaire

ADOB : étude Addiction – Obésité

ALD : Affection de Longue Durée

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

ATCD : antécédents

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BES : Binge Eating Scale

CAST : Cannabis Abuse Screening Test

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CSO : Centre Spécialisé Obésité

e-CRF : electronic Case Report Form

EQVOD : Échelle de Qualité de Vie, Obésité et Diététique

ETP : Education Thérapeutique du Patient

GLP-1 : Glucagon-like Peptide 1

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

IWQOL : Impact Weight Quality Of Life questionnaire

MME : Maladies Métaboliques et Endocriniennes

M0 : visite d'inclusion

M12 : visite à un an

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QLVS : Qualité de Vie Liée à la Santé

SAOS : Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil

REDCap : Research Electronic Data Capture

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

UTNC : Unité Transversale de Nutrition Clinique

Introduction

1. Définition et épidémiologie de l'obésité

Le surpoids et l'obésité sont définis comme une accumulation anormale ou excessive de graisse, constituant un risque pour la santé. Ils sont mesurés par l'Indice de Masse Corporelle (IMC), calculé en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres. Le surpoids correspond à un IMC compris entre 25 et 29.9 kg/m², tandis que l'obésité est définie par un IMC supérieur à 30 kg/m² [1].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe l'obésité en plusieurs grades selon sa sévérité : grade 1 (IMC entre 30 et 34.9 kg/m²), grade 2 (IMC entre 35 et 39.9 kg/m²) et grade 3 (IMC supérieur à 40 kg/m²).

Le tour de taille est également utilisé pour identifier l'obésité abdominale, définie par une mesure supérieure à 100 cm chez l'homme et à 88 cm chez la femme [2].

En 2022, 43 % des adultes dans le monde étaient en surpoids et 16 % étaient obèses, un chiffre qui a doublé depuis 1990 [1]. En France, en 2022, 47.3 % de la population adulte était en surpoids et 17 % était obèse, avec une augmentation constante depuis 1997 [3]. Selon les projections de l'OMS, l'obésité pourrait concerner 25 % à 29 % de la population française d'ici 2030. En région Occitanie, l'obésité touchait 15.5 % des adultes en 2020.

2. Etiologies de l'obésité

L'obésité est une maladie complexe et multifactorielle, dont les origines sont multiples. Les facteurs impliqués dans son installation et son développement ne sont pas tous identifiés. Des facteurs externes et internes interviennent, menant à une balance énergétique positive [4].

Notre environnement et notre mode de vie actuels favorisent et expliquent en partie la croissance de l'obésité ces dernières années [5].

Une alimentation plus grasse et sucrée, l'augmentation de la taille des portions, une plus grande densité énergétique, une consommation excessive d'aliments industriels, la disponibilité accrue de la nourriture et l'évolution des prix alimentaires sont autant d'éléments favorisant une consommation calorique excessive.

Parallèlement, l'augmentation de la sédentarité et des loisirs tels que la télévision ou les jeux vidéo, ainsi que l'utilisation fréquente de la voiture et des transports en commun pour les déplacements quotidiens, entraînent une diminution de l'activité physique et des dépenses énergétiques.

Cependant, ces facteurs environnementaux ne suffisent pas à expliquer l'augmentation de la fréquence de l'obésité.

D'autres causes individuelles ont été identifiées comme contribuant à l'obésité, telles que les troubles anxieux et dépressifs, les troubles du comportement alimentaire comme l'hyperphagie et la boulimie, ou encore l'insuffisance de sommeil [6].

Il existe également une prédisposition génétique à la prise de poids. Les individus ont un risque accru d'obésité si des membres de leur famille en sont également atteints. De nombreux gènes impliqués dans l'obésité et ses complications ont été identifiés. Pris individuellement, chaque gène exerce un rôle faible, mais ensemble, les gènes interagissent avec des facteurs externes tels que le déséquilibre énergétique, et conduisent à la prise de poids [6].

3. Conséquences de l'obésité

Santé physique

L'obésité et le surpoids sont des facteurs de risque bien connus dans le développement de nombreuses maladies cardiovasculaires et métaboliques [7]. L'obésité constitue également un facteur de risque cardiovasculaire à part entière [8].

L'obésité entraîne aussi des complications hormonales (baisse de la fertilité, hypogonadisme), respiratoires (insuffisance respiratoire, syndrome d'apnée du sommeil), digestives (reflux gastro-œsophagien, lithiases biliaires) et articulaires (douleurs chroniques, arthrose) [4][9].

Elle est également reconnue comme un facteur de risque dans le développement de certains cancers, notamment ceux du sein, de l'endomètre, du foie, de l'œsophage, du côlon, du rectum, du rein et de la prostate [10]. D'autres complications incluent une augmentation du risque de pathologies rénales, de complications cutanées ou d'incontinence urinaire.

En 2012, près de 32 % des personnes obèses souffraient d'une affection de longue durée (ALD), contre 15 % dans la population générale [11].

La surcharge pondérale entraîne une réduction de l'espérance de vie, avec une perte de 3.5 années pour une personne obèse de grade 1 et jusqu'à 8 années pour une personne obèse de grade 3 [12].

On estime qu'en 2019, l'obésité était à l'origine de 5 millions de décès dans le monde, dus à des maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers, les troubles neurologiques, les maladies respiratoires chroniques et les troubles digestifs [13].

L'obésité est le cinquième facteur de décès mondial et, en Europe, elle est responsable de 10 à 13 % des décès survenus en 2022 [1].

En raison de sa forte prévalence et de ses conséquences sur la santé, l'obésité est désormais l'un des problèmes de santé publique les plus importants en Europe.

Economie

Les conséquences économiques de l'obésité sont également importantes. En France, la prise en charge des personnes en situation d'obésité par l'assurance maladie représentait 2.8 milliards d'euros en soins de ville et 3.7 milliards d'euros en soins hospitaliers en 2022. Le surpoids et l'obésité sont responsables de 70 % des dépenses liées au diabète, de 23 % des dépenses cardiovasculaires et de 9 % de celles liées au cancer [14].

Au-delà des coûts de santé, l'obésité entraîne également des pertes de production au niveau national, en excluant certaines personnes du marché du travail et en augmentant l'absentéisme pour raisons médicales [15]. En 2016, les coûts directs et indirects liés à l'obésité étaient estimés à 20.4 milliards d'euros [16] en France.

Santé psychosociale

En plus des risques pour la santé physique, l'obésité a un impact psycho-social considérable et délétère.

Dans le monde du travail, l'obésité entraîne des disparités : les personnes en situation d'obésité passent plus de temps au chômage et rencontrent davantage de difficultés à l'embauche [17]. Elles ont une rémunération inférieure, prennent plus souvent des arrêts de travail pour raisons médicales et subissent de plus fortes tensions au travail [18].

Au niveau social, les personnes obèses font face à une stigmatisation et à une discrimination accrues, ce qui augmente leur désocialisation et leur isolement. Elles sont souvent victimes de grossophobie et de préjugés infondés, les considérant comme moins intelligentes, manquant de volonté et responsables de leur obésité [19].

Les personnes atteintes d'obésité manifestent souvent une insatisfaction ou une perturbation de l'image corporelle ainsi que des troubles de la sexualité [20][21]. L'obésité induit une autoévaluation négative de l'individu dans divers domaines : physique, social, scolaire, professionnel, et familial, menant à une estime de soi plus faible [22].

Les patients adultes obèses évaluent leur santé comme « mauvaise » et se distinguent par des niveaux de stress élevés, une solitude accrue et une faible estime de soi [23].

L'obésité est également plus fréquente chez les patients ayant des troubles psychiques et psychiatriques [24]. Les troubles du comportement alimentaire, tels que l'hyperphagie boulimique, sont courants chez les patients obèses, étant à la fois une cause et une conséquence de leur condition.

Ces facteurs contribuent à des conséquences psychologiques négatives, augmentant les syndromes anxieux et dépressifs dans cette population [25][26]. Il existe une relation entre poids corporel et dépression : un IMC plus élevé est associé à une probabilité accrue de dépression majeure, de tentatives de suicide et d'idées suicidaires [27].

Toutes ces conséquences physiques, sociales et psychiques de l'obésité conduisent à une diminution de la qualité de vie des patients atteints d'obésité.

4. Qualité de vie liée à l'obésité

L'OMS définit la qualité de vie comme étant « la perception qu'ont les individus de leur position dans la vie, dans le contexte culturel et dans les systèmes de valeurs dans lesquels ils vivent, en relation avec leurs objectifs, leurs attentes, leurs normes et leurs préoccupations » [28].

La qualité de vie est une approche multidimensionnelle de l'individu englobant six grands domaines : la santé physique, l'état psychologique, le degré d'indépendance, les relations sociales, les convictions personnelles et la spiritualité, ainsi que la relation avec l'environnement. [28]

Dans le domaine de la santé, le terme « qualité de vie liée à la santé » est couramment utilisé. Il se définit comme « la valeur attribuée à la durée de vie en fonction des handicaps, du niveau fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques de santé » [29].

La qualité de vie liée à la santé se réfère aux effets globaux des conditions médicales sur le physique, le mental, le fonctionnement social et le bien-être, tel que perçus subjectivement par le patient. Elle reflète l'évaluation et la réaction subjective de l'individu face à la santé et à la maladie [30].

Prendre en compte la qualité de vie liée à la santé est crucial dans le parcours de soins d'un patient. Son évaluation permet de mieux comprendre l'impact de la maladie et des traitements sur le fonctionnement de l'individu et les répercussions sur sa vie de tous les jours.

L'obésité affecte profondément le bien-être psychosocial et la qualité de vie, principalement en raison des comorbidités physiques et psychiques associées. La majorité des études concluent à une détérioration de la qualité de vie chez les personnes obèses [31] [32]. La qualité de vie des personnes souffrant d'obésité est généralement inférieure à celle des personnes ayant un IMC dans la norme.

Les patients obèses présentent une qualité de vie altérée dans tous les domaines, mais plus particulièrement en ce qui concerne les douleurs physiques et la vitalité [33].

Ils souffrent de limitations fonctionnelles dues à des problèmes de santé physique ou émotionnels, de fatigue, de bien-être émotionnel diminué, de difficultés dans le fonctionnement social, de douleurs chroniques et d'une santé générale réduite.

Il est essentiel de reconnaître ces impacts pour améliorer les stratégies de prise en charge et ainsi mieux répondre aux besoins des patients obèses.

5. Prise en charge de l'obésité

Intervention sur le mode de vie

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande une prise en charge globale et pluridisciplinaire de l'obésité [34]. Toutes les professions soignantes de premier recours doivent être sensibilisées à la prise en charge complète du patient obèse. Elles peuvent être actives dans l'évaluation de son état physique et psychique, son comportement alimentaire, sa qualité de vie privée, professionnelle et sociale ainsi que dans la recherche des complications [35]. L'objectif est d'améliorer la santé sous tous ses aspects.

Un des points clés dans le parcours de soins du patient souffrant d'obésité est l'Education Thérapeutique du Patient (ETP). Elle vise à aider les patients à modifier durablement leur mode de vie en tenant compte de leur situation individuelle. Un référentiel de bonnes pratiques en ETP a été proposé en 2014 [36] puis repris par la HAS dans ses dernières recommandations sur l'obésité en 2022 [34]. Il se concentre sur l'autonomie et l'investissement des patients dans leur prise en charge.

Les objectifs de l'ETP sont multiples. Il s'agit d'abord de comprendre la maladie. Les patients doivent connaître les causes et les conséquences de l'obésité, les objectifs et enjeux des différents traitements et thérapies.

Ensuite, il est crucial d'acquérir des connaissances sur une alimentation équilibrée, d'élaborer des menus adaptés, et de gérer les signaux internes de faim et de satiété.

En termes d'activité physique, les patients doivent connaître les effets bénéfiques de l'activité physique, identifier les freins et leviers à l'exercice régulier, et mettre en place une activité physique adaptée.

Enfin, pour les comportements et le mode de vie, il est important d'identifier les obstacles à la modification des modes de vie, d'analyser les comportements favorisant la prise de poids, et de gérer les comorbidités.

Les compétences d'adaptation ou psychosociales sont également essentielles.

Il est important d'accepter l'excès de poids en comprenant les phases évolutives de l'obésité et en améliorant la qualité de vie au-delà de la perte de poids. Concernant le comportement alimentaire, il est nécessaire de comprendre les facteurs psychologiques et sociaux influençant l'alimentation, de gérer les émotions liées à la prise alimentaire, et de développer des stratégies pour éviter la privation alimentaire.

La relation au corps doit inclure un investissement dans le bien-être physique et psychique.

Enfin, il est crucial de développer une connaissance de soi et de ses capacités, en gérant les émotions et le stress, en développant un raisonnement créatif, et en élaborant un projet personnel adapté à la situation de chaque patient.

L'ETP est personnalisée selon les besoins des patients et mise en œuvre par des professionnels formés à l'ETP et à l'obésité. Elle est proposée dès le premier recours et intensifiée en fonction des besoins. Les interventions intensives et pluridisciplinaires en ETP montrent des résultats positifs, notamment dans la perte et le maintien du poids, ainsi que dans la réduction de l'incidence du diabète de type 2.

L'ETP doit être au cœur de la prise en charge de l'obésité, avec des programmes multicomposants et multiprofessionnels pour améliorer l'accès aux soins et l'accompagnement des patients.

L'ETP aide à intervenir au cœur du mode de vie, comme l'amélioration du comportement alimentaire, la réduction de la sédentarité et l'optimisation du sommeil. L'activité physique, en particulier, permet de maintenir la perte de poids durablement et réduit les complications liées à l'obésité indépendamment de la perte de poids [37]. Elle agit également positivement sur le bien-être psychologique et l'estime de soi [38].

Une perte de poids, même modeste a des bénéfices métaboliques, cardiovasculaires, respiratoires et musculosquelettiques [39].

Une perte de poids de 5 % à 10 % durable améliore de nombreuses complications associées à l'obésité. Elle entraîne une diminution de la tension artérielle, une réduction du risque de diabète de type 2, une diminution des handicaps liés à l'arthrose, une amélioration des capacités respiratoires et une réduction de la mortalité. Des études ont montré qu'elle améliore également la qualité de vie [40] [41].

Des objectifs de santé publique ont été mis en place pour améliorer la structuration du parcours de soins, mieux dépister l'obésité, mieux former les soignants à sa prise en charge et soutenir l'innovation et la recherche [42].

Des réseaux spécialisés pour l'obésité sont en cours de développement afin de permettre une meilleure prise en charge globale des patients. En France, une quarantaine de Centres Spécialisés dans la prise en charge de l'Obésité (CSO) existent, disposant d'équipes multidisciplinaires pour traiter les patients atteints d'obésité sévère.

Toutefois, il est crucial de renforcer le lien entre la ville et l'hôpital et de continuer de créer des réseaux en ambulatoire. Le médecin traitant doit rester le premier recours dans la prise en charge de l'obésité [34].

Traitements médicamenteux

Les interventions sur le mode de vie sont parfois insuffisantes pour obtenir une perte de poids significative et la maintenir à long terme. En dehors de ces mesures, les traitements médicamenteux ciblant l'obésité sont limités.

Les analogues du glucagon-like peptide-1 (GLP-1), utilisés depuis de nombreuses années dans le traitement du diabète de type 2, sont en cours de repositionnement pour traiter l'obésité.

En France, seul le Liraglutide est autorisé depuis 2021, bien qu'il ne soit pas remboursé, pour les patients ayant un IMC > 30 kg/m² ou > 27 kg/m² avec au moins une comorbidité liée au poids. D'autres traitements, comme le Sémaglutide, sont en cours d'étude pour être commercialisés en France.

Ces médicaments ont prouvé leur efficacité dans la perte de poids chez les personnes obèses [43][44]. On observe également une amélioration de la qualité de vie liée à la perte de poids chez les patients recevant ce traitement [45].

Chirurgie bariatrique

La chirurgie de l'obésité consiste à modifier l'anatomie du système digestif pour réduire la quantité d'aliments consommés ou l'absorption des aliments par l'organisme.

En France, le recours à la chirurgie bariatrique a considérablement augmenté ces dernières années, atteignant environ 60 000 interventions par an en 2016 [46].

Actuellement, elle est considérée comme le traitement le plus efficace pour la perte de poids, notamment dans les cas d'obésité de grade 3 ou avec complications [47]. Après 20 ans, les patients maintiennent une perte de poids de 20 à 25 % de leur poids initial [48].

Une réduction rapide et durable des complications liées à l'obésité est observée, notamment en ce qui concerne l'équilibre tensionnel et le diabète, ainsi qu'une diminution de la mortalité cardiovasculaire et globale [49].

Plusieurs études montrent une amélioration de la qualité de vie après une prise en charge chirurgicale des patients obèses, notamment en termes de vitalité, de réduction des douleurs articulaires ou chroniques, et d'amélioration de la vie sexuelle [50][51].

Cependant, le taux d'échec reste élevé, avec une reprise de poids chez 30 % des patients [52]. La chirurgie bariatrique présente également des risques, notamment des carences vitaminiques, une augmentation du risque d'ostéoporose et de reflux gastro-œsophagien.

De plus, on observe une augmentation des troubles psychiques dans la population opérée, un risque accru de mésusage de l'alcool [53], ainsi qu'une augmentation du risque de dépression et de suicide [54].

6. Projet d'étude

Peu d'études se penchent sur l'évolution de la qualité de vie des patients obèses au cours de leur suivi global ou sur les facteurs pouvant l'influencer.

En 2019, le Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Nîmes a créé une clinique de l'obésité en collaboration avec les services de chirurgie digestive, de Maladies Métaboliques et Endocriniennes (MME) et l'Unité Transversale de Nutrition Clinique (UTNC). Cette clinique vise à uniformiser le parcours de soins des patients pris en charge au sein du CHU pour obésité afin d'améliorer les pratiques médicales.

Le protocole de recherche ADOB (Addiction-Obésité), mené à la clinique de l'obésité du CHU de Nîmes, évalue l'évolution de la consommation d'alcool chez les patients en situation d'obésité. Il suit ces patients pendant deux ans, collectant des données sur leur qualité de vie, leurs comorbidités, leurs addictions et leurs comportements alimentaires.

Cette étude permet également de constituer une large cohorte ouverte de patients obèses.

Ce projet s'inscrit dans le cadre de l'étude ADOB en recueillant des données sur la qualité de vie des patients tout au long de leur prise en charge, à l'aide d'une échelle spécifiquement adaptée aux patients obèses.

Ce travail consiste dans un premier temps à observer l'évolution de la qualité de vie à 1 an des patients atteints d'obésité lors de leur prise en charge au CHU de Nîmes.

Puis dans un deuxième temps, d'analyser les facteurs influençant cette évolution, incluant l'évolution des troubles du comportement alimentaire, des conduites addictives, des comorbidités liées à l'obésité et des paramètres anxio-dépressifs.

Des analyses comparatives seront également effectuées pour examiner les différences entre les patients ayant eu recours à une chirurgie bariatrique et ceux bénéficiant d'une prise en charge médicale seule.

Matériels et méthodes

1. Population

La population cible de cette étude inclut tous les patients pris en charge pour leur obésité.

La population source correspond aux participants de l'étude ADOB, à savoir tous les patients se présentant pour la première fois pour la prise en charge de leur obésité au CHU de Nîmes.

Pour être inclus dans l'étude, les patients devaient être majeurs, consulter pour une prise en charge de leur obésité (définie par un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m²) et venant pour la première fois à la clinique de l'obésité du CHU de Nîmes (hospitalisation complète, hospitalisation de jour ou consultation).

Les patients présentant un désordre psychique altérant leur capacité de compréhension, ceux sous sauvegarde de justice, sous tutelle ou sous curatelle, ainsi que les patientes enceintes, parturientes ou allaitantes ne pouvaient pas être inclus dans l'étude.

De plus, les patients suivis depuis moins d'1 an (se présentant après le 01/01/2023) et n'ayant pas eu la possibilité de réaliser une visite de suivi à 1 an étaient également exclus de l'étude.

Le nombre de sujets nécessaires est celui prévu par l'étude ADOB, soit 600 patients.

2. Design de l'étude

Cette étude est une étude ancillaire de l'étude ADOB, réalisée au CHU de Nîmes, qui évalue l'évolution de la consommation d'alcool chez les patients obèses. Les données utilisées sont extraites de celles collectées dans l'étude ADOB, et la méthodologie suit celle de l'étude ADOB.

Il s'agit d'une étude de cohorte clinique, ouverte, prospective, monocentrique, à visée descriptive et analytique.

Les patients sont suivis pendant 12 mois dans cette étude, avec des données collectées lors de deux visites : la première à l'inclusion (M0) et la deuxième au douzième mois (M12).

La période d'inclusion a duré 23 mois, du 16/02/2021 au 27/12/2022, avec un suivi d'1 an. Les données des visites à M0 et M12 ont été extraites au 1er janvier 2024, garantissant ainsi le suivi d'1 an des patients inclus. Les visites à M12 ont été effectuées entre le 10/02/2022 et le 17/01/2023.

Les patients répondant aux critères d'éligibilité sont recrutés à la clinique de l'obésité sur les deux sites du CHU de Nîmes (Nîmes ou Grau-du-Roi) lors de leur première venue. Ils sont informés de l'étude par le médecin investigateur, oralement et par écrit (remise de la note d'information). Les patients qui ont donné leur consentement libre, éclairé, oral et écrit ont été inclus.

Les patients sont reçus en hôpital de jour où ils ont accès à une consultation avec un médecin nutritionniste ou endocrinologue pour faire le point sur leur obésité et leurs comorbidités. Des consultations systématiques avec un psychologue et un diététicien sont également programmées. Ils sont incités à mettre en place ou à continuer une activité physique régulière et adaptée. Entre deux consultations spécialisées, les patients sont invités à avoir un suivi régulier avec leur médecin généraliste et un psychologue si nécessaire.

On leur propose également de suivre les programmes d'éducation thérapeutique pour les patients atteints d'obésité (ETP). Ces séances sont proposées soit lors d'un séjour de 2 semaines en hospitalisation au Grau-du-Roi, soit en ateliers ambulatoires, animés conjointement par des diététiciens, médecins et psychologues. Les ateliers de prise en charge nutritionnelle se basent sur la compréhension des mécanismes de faim et de satiété, le fonctionnement de l'alimentation et l'écoute des sensations alimentaires, et non plus uniquement sur le rééquilibrage et la restriction alimentaires.

En plus de cette prise en charge, les patients remplissent plusieurs questionnaires pour l'étude, dont l'échelle EQVOD sur la qualité de vie, ainsi que d'autres questionnaires évaluant leur mode de vie et leur état psychique (AUDIT, Test de Fagerström, CAST, HADS, BES).

Les données de ces questionnaires, recueillies aux visites de M0 et M12, sont ajoutées aux données épidémiolo-cliniques, biologiques et thérapeutiques relevées lors de la prise en charge habituelle du patient (âge, poids, comorbidités, traitements).

La fin du recueil des données pour un patient correspond à la date de la dernière visite du patient.

3. Questionnaires

Questionnaire EQVOD (Annexe 1)

Le questionnaire EQVOD (Échelle de Qualité de Vie, Obésité et Diététique), est un auto-questionnaire adapté aux facteurs socio-culturels de l'obésité en France, et validé en français pour évaluer la qualité de vie chez les personnes obèses [55]. Il se compose d'un total de 36 questions qui explorent cinq dimensions : impact physique (11 questions), impact psychosocial (11 questions), impact sur la vie sexuelle (4 questions), bien-être alimentaire (5 questions) et vécu du régime (5 questions).

Pour chaque question, le score varie de 1 « toujours / énormément » à 5 « pas du tout / jamais » pour un total allant de 36 (qualité de vie altérée) à 180 (excellente qualité de vie).

Une amélioration de la qualité de vie est définie par une augmentation de 10 points du score EQVOD, tandis qu'une amélioration importante est marquée par une augmentation de 15 points. Une dégradation de la qualité de vie est définie par une diminution de 10 points du score EQVOD, une dégradation importante étant marquée par une diminution de 15 points.

Questionnaire AUDIT (Annexe 2)

Le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) est un auto-questionnaire validé de dépistage du mésusage de l'alcool [56]. Il se compose de 10 questions : les trois premières questions mesurent la consommation d'alcool, les questions 4 à 6 évaluent les comportements liés à la consommation, les questions 7 et 8 les effets néfastes et les questions 9 et 10 traitent des problèmes liés à l'alcool. Chaque question est notée de 0 à 4 points. Le score total s'étend jusque 40 et un score supérieur ou égal à 8 indique un mésusage de l'alcool.

Test de Fagerström (Annexe 3)

Le test de dépendance à la nicotine de Fagerström est un auto-questionnaire validé en 6 items permettant de dépister et de quantifier le niveau de dépendance au tabac [57]. La dépendance est jugée nulle si le score est de 0 à 2, faible s'il est de 3 ou 4, moyenne s'il est de 5 à 6 et forte pour un score de 7 à 10. Dans notre étude, un score supérieur ou égal à 5 indique une dépendance au tabac.

Questionnaire CAST (Annexe 4)

Le questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test) est un auto-questionnaire validé en 6 items permettant une évaluation rapide de la consommation de cannabis [58]. Les items sont cotés sur une échelle en 5 points de « Jamais » à « Très souvent ». Dans notre étude, un score supérieur ou égal à 3 indique un usage à risque du cannabis.

Questionnaire BES (Annexe 5)

L'échelle BES (Binge Eating Scale) est un auto-questionnaire validé permettant de diagnostiquer une hyperphagie boulimique et d'évaluer les symptômes comportementaux, affectifs et cognitifs associés chez les sujets atteints d'obésité [59]. Elle est composée de 16 items pour lesquels le sujet doit choisir la formulation correspondant le mieux à sa situation actuelle, permettant d'obtenir un score variant de 0 à 3 ou de 0 à 2 pour chaque item. La moitié des items mesure les comportements alimentaires et l'autre moitié évalue les sentiments ou les cognitions survenant lors des épisodes compulsifs. Le score total est compris entre 0 et 46, un score supérieur ou égal à 18 reflète la sévérité de l'hyperphagie boulimique.

Questionnaire HADS (Annexe 6)

Le questionnaire HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) est un auto-questionnaire validé qui évalue la symptomatologie dépressive et anxieuse et en mesure la sévérité [60]. Il se compose de deux parties : 7 questions pour le dépistage de la dépression, et 7 questions pour les troubles anxieux. Chaque question reçoit un score variant entre 0 et 3. Chaque partie est notée sur 21 points, un score > 11 révélant une anxiété ou une dépression.

4. Critères de jugement

L'objectif principal de l'étude est d'observer l'évolution de la qualité de vie des patients atteints d'obésité à 1 an de leur prise en charge au CHU de Nîmes.

Cette évolution est évaluée en comparant le score EQVOD entre M0 et M12.

Les objectifs secondaires sont d'analyser les facteurs pouvant influencer cette évolution de la qualité de vie à 1 an.

Des comparaisons de différentes variables recueillies chez les patients entre M0 et M12 ont été réalisées : poids, IMC, scores de consommation d'alcool et de tabac, ainsi que les échelles évaluant la dépression et les troubles du comportement alimentaire.

Des analyses en sous-groupes ont été effectuées chez les patients ayant eu recours à une chirurgie bariatrique et ceux ayant eu une prise en charge médicale seule.

5. Statistiques

Les variables quantitatives ont été décrites à l'aide des statistiques usuelles de position et de dispersion, à savoir la moyenne, la médiane, la variance, le minimum, le maximum et les quantiles. Les variables qualitatives ont été décrites avec les effectifs et les proportions de chaque modalité. Des proportions cumulées ont également été calculées pour les variables à plus de deux modalités.

Le caractère gaussien des variables quantitatives a été évalué à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Si les conditions d'application étaient respectées, le lien entre deux variables quantitatives a été évalué à l'aide du test de corrélation linéaire de Pearson. Sinon, un test de corrélation de Spearman a été réalisé. Pour la comparaison d'une variable quantitative entre plusieurs sous-groupes, une analyse de la variance ou le test de Kruskal et Wallis ont été utilisés, selon les hypothèses d'utilisation de ces tests. Pour le croisement entre plusieurs variables qualitatives, le test paramétrique du Chi2 a été utilisé si les conditions d'application le permettaient. Sinon, le test exact de Fisher a été réalisé.

Pour comparer les variables quantitatives entre M0 et M12, le test pour données appariées de Wilcoxon a été utilisé. Pour l'étude de l'évolution des différents scores et paramètres au cours de la prise en charge comme variable qualitative, le test de Mac Nemar a été utilisé.

Les analyses descriptives et analyses multivariées ont été réalisées sur le logiciel R dans sa version 3.1, R Development Core Team (2008). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. via l'application GMRC Shiny Stat du CHU de Strasbourg (2017).

Les analyses comparatives entre M0 et M12 ont été réalisées sur le site pvalue.io. Medistica. pvalue.io, a Graphic User Interface to the R statistical analysis software for scientific medical publications. 2019-24.

Le risque de première espèce alpha a été fixé à 5% pour toutes les analyses.

6. Traitement, gestion et confidentialité des données

Les données enregistrées à l'occasion de cette recherche font l'objet d'un traitement informatisé au CHU de Nîmes, dans le respect de la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles en accord avec le RGPD (règlement général sur la protection des données).

Les données sont recueillies de façon anonyme, le patient étant identifié par un numéro unique à sept caractères. Elles sont traitées sur les serveurs informatiques du CHU de Nîmes puis stockées sur des disques durs sécurisés, avec des accès limités aux personnes en lien avec l'étude.

Le recueil des données est réalisé sur un e-CRF (electronic case report form) sécurisé via le logiciel REDCap (research electronic data capture), utilisé tout au long de l'étude.

Aucune méthode de remplacement des données manquantes n'est prévue. Une analyse en sous-groupe a été réalisée chez les personnes ayant répondu entièrement au questionnaire EQVOD pour évaluer l'impact des données manquantes.

7. Considérations éthiques

Le consentement éclairé oral et écrit du patient a été obtenu avant son inclusion dans l'étude.

Le promoteur de l'étude ADOB (le CHU de Nîmes) a déposé son protocole de recherche auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Il s'est engagé à respecter une méthodologie de référence et a reçu une déclaration de conformité à la MR001 « Méthodologie de la recherche » de la CNIL.

Il a également obtenu un avis favorable auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) et de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM).

8. Sources de financement

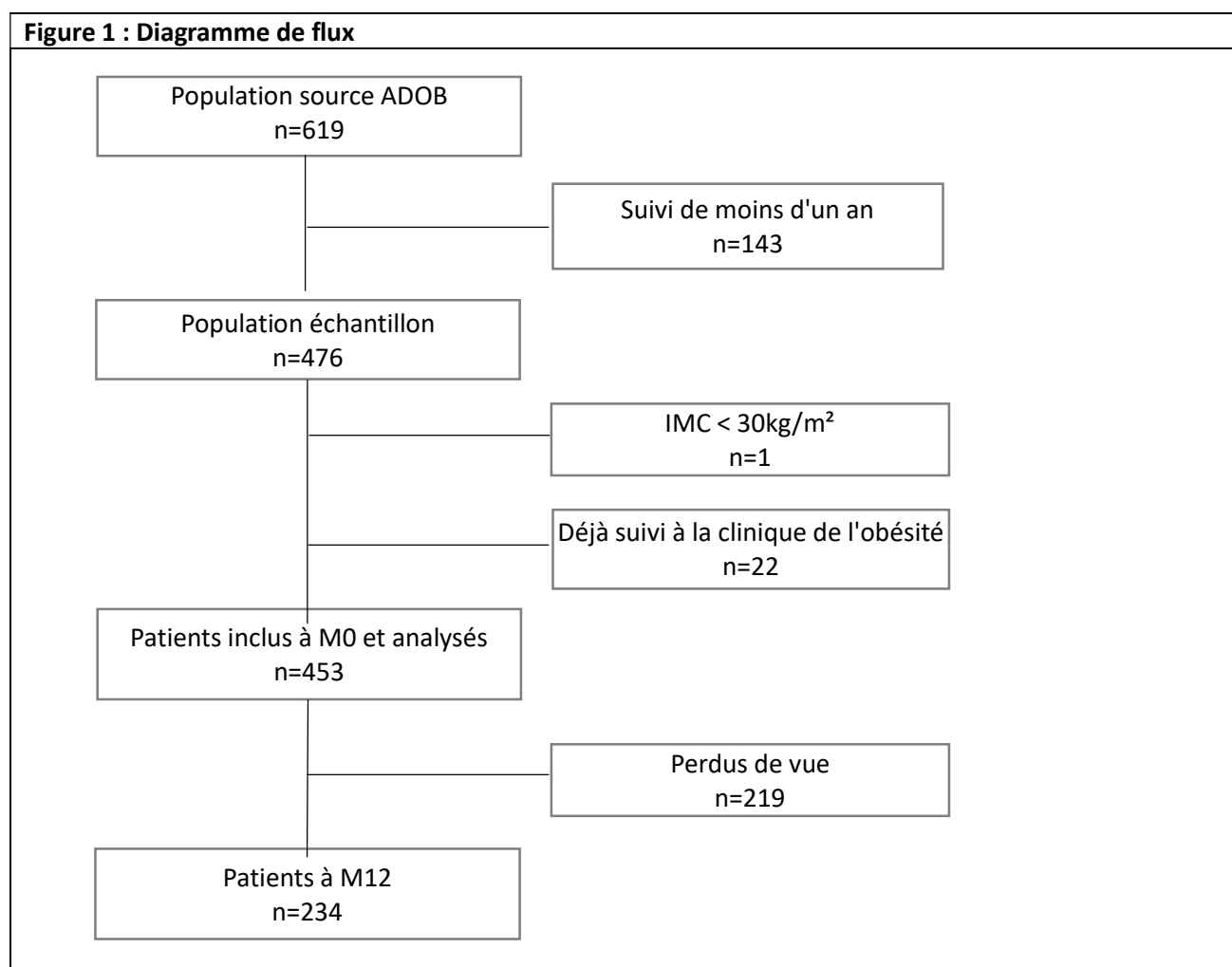
L'étude ADOB est financée par le CHU de Nîmes, promoteur de cette étude.

Résultats

1. Population

A moment de l'extraction des données au 01/01/2024, 619 patients ont été inclus dans l'étude ADOB.

Sur ces 619 patients éligibles, 453 ont été finalement inclus et analysés pour ce travail selon les critères d'inclusion et d'exclusion (figure 1).



Dans le recueil des données, on observe un total de 32% de données manquantes. Pour la visite de M0 on note 5% de données manquantes et 48% pour celle de M12.

2. Caractéristiques patients

Les caractéristiques de la population analysée dans l'étude à M0 et M12 sont présentées dans les tableaux 1 et 2.

La majorité des patients étaient de sexe féminin (72.6%) avec un âge médian de 45 ans. 59% des patients avaient des antécédents familiaux d'obésité. La plupart des patients étaient employés (48.4%) ou sans activité professionnelle (33.3%).

Tableau 1 : Caractéristiques initiales de la population – effectif total : 453

	Effectif	Pourcentage
Sexe		
Homme	124	27.4%
Femme	329	72.6%
Age (ans) – médiane [quartiles]	45	[34 ; 57]
Poids de naissance (kg) - médiane [quartiles]	3,38	[3 ; 3.7]
ATCD familiaux d'obésité	265	59%
ATCD de traumatisme sexuel	47	10.5%
Niveau d'étude		
Élémentaire/secondaire/BEP/CAP	177	42.9%
Bac jusqu'au bac +2	151	36.6 %
Bac > bac +2	85	20.6%
Catégorie socio-professionnelle		
Agriculteurs exploitants	3	0.7%
Artisans commerçants et chefs d'entreprise	23	5.1%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	18	4%
Professions Intermédiaires	13	2.9%
Employés	217	48.4%
Ouvriers	6	1.3%
Sans activité professionnelle (retraité - sans emploi)	149	33.3%
Étudiants	19	4.2%

À l'inclusion, 55.4% des patients étaient atteints d'une obésité de grade 3 (IMC > 40 kg/m²), 31.8% d'une obésité de grade 2, et 12.8% d'une obésité de grade 1. De plus, 81.9% des patients présentaient au moins une comorbidité liée à l'obésité et 35.7% avaient trois comorbidités liées à l'obésité ou plus. 34.2% des patients prenaient au moins un traitement antihypertenseur ou antidiabétique.

Le poids médian des patients était de 111 kg à M0 et de 99.9 kg à M12, soit une perte de poids médiane significative de 9.3 kg ($p < 0.001$). Les patients ont également perdu 3.2 points d'IMC ($p < 0.001$) et 5 cm de tour de taille ($p < 0.001$) en 1 an.

Tableau 2 : Caractéristiques de la population à M0 et M12

	M0		M12		Différence	
	Médiane	Quartiles	Médiane	Quartiles	Médiane	
Poids (kg)	111	100 ; 127	99.9	88 ; 115	9.3	<i>p<0,001</i>
IMC (kg/m ²)	40.6	37 ; 44.4	36.7	32.3 ; 40.8	3.3	<i>p<0,001</i>
Tour de Taille (cm)	121	111 ; 131	113	99 ; 122.8	5	<i>p<0,001</i>

Sur les 453 patients inclus au départ, 234 (51.7%) ont réalisé leur visite à un an. À M0, 55.2% des patients envisageaient une chirurgie bariatrique et 46.2% l'ont réalisée dans l'année, dont 95.3% par sleeve et 4.7% par bypass.

Tableau 2 bis : Caractéristiques de la population à M0 et M12

	M0		M12	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Visite réalisée	453	100%	234	51.7%
Prise en charge				
Médicale	450	99.3%	233	99.6%
Diététique	453	100%	231	98.7%
Psychologique	368	81.2%	208	88.9%
Activité physique	404	89.2%	200	85.5%
Chirurgicale	250	55.2%	108	46.2%
Nombre de comorbidités (a)				
0	82	18.1%	151	64.5%
1 ou 2	209	46.1%	79	33.8%
3 ou 4	132	29.1%	4	1.1%
5 ou 6	30	6.6%	0	0%
Nombre de traitements (b)				
0	298	65.8%	225	96.2%
1	110	24.3%	9	3.9%
2 ou 3	45	9.9%	0	0%

a : parmi les comorbidités suivantes : intolérance au glucose, diabète de type 2, syndrome d'apnée du sommeil (SAOS) appareillé ou sévère non appareillé, dyslipidémie, stéatose hépatique, maladies ostéoarticulaires, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral (AVC), atteinte des artères des membres inférieurs (AOMI) ou des artères rénales

b : parmi les traitements antihypertenseurs ou antidiabétiques (oraux ou injectables)

3. Evolution de la qualité de vie

Lors de la visite d'inclusion, 68.4% des patients ont rempli entièrement le questionnaire EQVOD et 83% l'ont complété à plus de 90% (tableau 3). À la visite d'un an, 62.4% des patients ont rempli entièrement le questionnaire EQVOD et 75.2% l'ont complété à plus de 90%.

Tableau 3 : Remplissage questionnaire EQVOD

	M0		M12	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Questionnaire complet	310	68.4%	146	62.4%
Questionnaire rempli > 90%	376	83%	176	75.2%

Le tableau 4 présente les résultats du questionnaire EQVOD et de ses différentes dimensions à M0, ainsi que leur évolution à la visite de M12.

Le score médian EQVOD est passé de 112 à 128 entre la visite d'inclusion et celle effectuée 1 an plus tard. Une différence médiane de 12 points sur le score total a été observée, ce qui est statistiquement significatif ($p < 0.001$).

Toutes les dimensions du score EQVOD, à l'exception de celle concernant le bien-être alimentaire, ont montré une amélioration significative. Les patients ont amélioré leur bien-être physique ($p < 0.001$), psychosocial ($p < 0.001$), sexuel ($p < 0.001$) et diététique ($p = 0.038$).

Tableau 4 : Evolution score EQVOD entre M0 et M12

	M0 (a)		M12 (b)		Différence	p
	Médiane	Quartiles	Médiane	Quartiles		
Score total EQVOD /180	112	[92 ; 130]	128	[108 ; 145.5]	12 [0 ; 28]	<0.001
Impact Physique /55	34	[26 ; 40]	41	[31 ; 48]	5 [1 ; 12]	<0.001
Impact psychosocial /55	37	[28 ; 46]	43,5	[35 ; 51]	4 [0 ; 10]	<0.001
Impact sur la vie Sexuelle /20	16	[10.3 ; 19]	17	[12 ; 20]	1 [0 ; 3]	<0.001
Bien-être alimentaire /25	14	[10 ; 17]	14	[11 ; 18]	0 [-2 ; 3]	0.16
Vécu du régime, diététique /25	15	[11 ; 19]	16	[11 ; 20.3]	1 [-2.3 ; 4]	0.038

a : entre 5.7% et 12.1% de données manquantes

b : entre 11.1% et 20.1% de données manquantes

Le tableau 5 présente l'évolution de la qualité de vie à un an.

On observe que 56.1% des patients ont amélioré leur qualité de vie à 1 an, avec une augmentation de leur score EQVOD d'au moins 10 points. De plus, 46.3% des patients ont présenté une amélioration notable de leur qualité de vie, avec une augmentation de score d'au moins 15 points.

Cependant, 14.2% des patients ont vu leur qualité de vie diminuer et 11.2% ont subi une aggravation importante de leur qualité de vie à 1 an.

Tableau 5 : Evolution de la qualité de vie entre M0 et M12

	Effectif	Pourcentage
Amélioration de la qualité de vie		
Score EQVOD + 10 points	115	56.1%
Score EQVOD + 15 points	95	46.3%
Aggravation de la qualité de vie		
Score EQVOD - 10 points	29	14.2%
Score EQVOD - 15 points	23	11.2%

4. Autres questionnaires

Les tableaux 6 décrivent les résultats des différents scores et questionnaires évalués lors des visites d'inclusion et à un an.

À un an, on observe que les patients ont significativement amélioré leurs scores aux questionnaires AUDIT ($p < 0.001$), BES ($p < 0.001$) et HADS ($p < 0.001$).

On remarque que 4.4% des patients avaient un mésusage de l'alcool à M0, contre 3.3% à M12. De même, 6.3% des patients avaient une dépendance au tabac à l'inclusion, contre 3.7% à 1 an.

On observe une diminution significative des patients présentant des symptômes d'hyperphagie boulimique à 1 an ($p < 0.001$). À l'inclusion, 26.7% des patients avaient un trouble du comportement alimentaire de type hyperphagie boulimique, contre 9.2% à 1 an.

Moins de patients présentaient des symptômes d'anxiété ou de dépression à la visite de M12 ($p < 0.01$). On note que 32.8% des patients présentaient des symptômes d'anxiété à M0, contre 23% à M12, et que 11% présentaient des symptômes de dépression à M0, contre 6.7% à M12.

Tableau 6 : Résultats questionnaires à M0 et M12

Résultats Questionnaires	M0		M12		p
	Médiane	Quartiles	Médiane	Quartiles	
Alcool - Score AUDIT /40	1	<i>0 ; 2</i>	0	<i>0 ; 2</i>	<0.001
Tabac - Score Fagerström /10	0	<i>0 ; 0</i>	0	<i>0 ; 0</i>	<i>0.085</i>
Cannabis - Score CAST /24	0	<i>0 ; 0</i>	0	<i>0 ; 0</i>	<i>0.32</i>
Hyperphagie boulimique - Score BES /46	10	<i>5 ; 18</i>	3	<i>1 ; 9</i>	<0.001
État anxio-dépressif					
Score total HADS /42	14	<i>10 ; 19</i>	11	<i>8 ; 16</i>	<0.001
Score HADS Anxiété /21	8	<i>6 ; 11</i>	7	<i>5 ; 10</i>	<0.001
Score HADS Dépression /21	5	<i>3 ; 8</i>	4	<i>2 ; 6</i>	<0.001

Tableau 6 bis : Interprétation résultats questionnaires à M0 et M12

	M0		M12		P
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Mésusage alcool - AUDIT ≥ 8	19	<i>4.4%</i>	7	<i>3.3%</i>	<i>0.84</i>
Consommateurs tabac	96	<i>22.2%</i>	46	<i>22.1%</i>	<i>0.21</i>
Dépendance tabac - Fagerström ≥ 5	27	<i>6.3%</i>	8	<i>3.8%</i>	<i>0,15</i>
Consommateurs cannabis	19	<i>4.4%</i>	6	<i>2.3%</i>	<i>0.37</i>
Usage à risque cannabis - CAST ≥ 3	11	<i>2.5%</i>	2	<i>0.9%</i>	<i>0.72</i>
Consommateurs drogues	3	<i>0.7%</i>	4	<i>1.9%</i>	<i>1</i>
Hyperphagie boulimique - BES ≥ 18	111	<i>26.7%</i>	19	<i>9.2%</i>	<0.001
Anxiété et/ou Dépression					
<i>0</i>	271	<i>63.5 %</i>	159	<i>76.1%</i>	<0.01
<i>1 (anxiété ou dépression)</i>	124	<i>29 %</i>	38	<i>18.2%</i>	
<i>2 (anxiété et dépression)</i>	32	<i>7.5 %</i>	12	<i>5.7%</i>	
Anxiété – HADS.A ≥ 11	140	<i>32.8%</i>	48	<i>23%</i>	<0.01
Dépression – HADS.D ≥ 11	48	<i>11.2%</i>	14	<i>6.7%</i>	0.066

5. Analyses comparatives univariées

Pour analyser les facteurs susceptibles d'influencer l'amélioration de la qualité de vie, des analyses comparatives univariées ont été effectuées entre les patients ayant amélioré leur qualité de vie (augmentation du score d'au moins 10 points) et les autres patients, ainsi qu'entre ceux ayant diminué leur qualité de vie (diminution du score d'au moins 10 points) et les autres patients (Annexes 7 et 8).

Il a été observé que les patients ayant amélioré leur qualité de vie à 1 an avaient perdu plus de poids que les autres patients ($p < 0.001$). Ils avaient également eu plus souvent recours à la chirurgie bariatrique ($p < 0.001$). De plus, ces patients présentaient moins de symptômes de dépression et d'anxiété à la visite de M12 ($p = 0.037$).

L'annexe 9 présente l'analyse comparative entre les patients ayant eu recours à une chirurgie bariatrique et ceux ayant eu une prise en charge médicale seule. Les patients qui ont eu une prise en charge chirurgicale étaient plus jeunes ($p < 0.001$). Ils ont également perdu plus de poids ($p < 0.001$) et ont davantage amélioré leur qualité de vie ($p < 0.001$) à un an.

En revanche, les patients ayant eu une prise en charge médicale seule présentaient plus de mésusage en alcool ($p = 0.022$) et de troubles du comportement alimentaires ($p = 0.012$) tant à l'inclusion qu'à M12. A 1 an, ils présentaient également plus de symptômes de dépression ($p = 0.002$) et d'anxiété ($p = 0.014$).

Pour identifier d'éventuels facteurs confondants, une analyse a été effectuée entre les patients ayant réalisé la visite à M12 et ceux qui ne sont pas revenus (Annexe 10). Aucune différence significative à l'inclusion n'a été observée entre ces deux groupes.

Enfin, pour analyser l'influence des données manquantes sur le remplissage du questionnaire EQVOD, une analyse comparative a été effectuée entre ceux ayant rempli intégralement le questionnaire EQVOD et les autres patients (Annexe 11).

6. Analyses en sous-groupes

Des analyses en sous-groupes ont été effectuées chez les patients ayant eu une intervention chirurgicale et ceux ayant eu une prise en charge médicale seule.

Le tableau 7 résume les différentes caractéristiques et scores analysés à M0 et M12, ainsi que leur évolution et significativité chez les patients ayant eu une prise en charge chirurgicale. Chez les patients ayant eu recours à une chirurgie bariatrique, 76.4% ont amélioré leur qualité de vie à 1 an. Ces patients ont eu une perte médiane de 22 kilos ($p < 0.001$) et ont vu leur IMC diminuer de 8.2 points ($p < 0.001$). Ils présentaient significativement moins de symptômes d'anxiété, de dépression ($p = 0.012$) et d'hyperphagie boulimique ($p < 0.001$) à M12.

Le tableau 8 résume les différentes variables analysées à M0 et M12, ainsi que leur évolution et significativité chez les patients ayant eu une prise en charge médicale seule. Chez les patients ayant eu une prise en charge médicale seule, 40.5% ont amélioré leur qualité de vie à 1 an. Ces patients ont eu une perte médiane de 1.5 kg ($p < 0.01$). Il y avait significativement moins de patients présentant des symptômes d'hyperphagie boulimique ($p < 0.01$).

Tableau 7 : évolution des scores et caractéristiques entre M0 et M12 chez les patients ayant eu une prise en charge chirurgicale

	M0		M12		Différence	p
Poids (kg)	115.7	<i>[106 ; 125.3]</i>	92.4	<i>[80.5 ; 102.6]</i>	22	<0.001
IMC (kg/m²)	41.5	<i>[39.4 ; 44.4]</i>	33.4	<i>[30 ; 37.7]</i>	8.2	<0.001
Tour de Taille (cm)	123	<i>[115 ; 132]</i>	99	<i>[92.5 ; 111]</i>	21	<0.001
Consommation d'alcool						
Score AUDIT /40	1	<i>[0 ; 2]</i>	0	<i>[0 ; 0]</i>	0	<0.001
Mésusage alcool ≥ 8	1	0.9%	0	0%		0.92
Consommation de tabac						
Score Fagerström /10	22	20.6%	20	21.7%		1
Dépendance tabac ≥ 5	0	<i>[0 ; 0]</i>	0	<i>[0 ; 0]</i>	0	0.076
	4	3.7%	3	3.3%		0.62
Consommation de cannabis						
Score CAST /24	3	2.8%	2	2.2%		
Usage à risque cannabis ≥ 3	0	<i>[0 ; 0]</i>	0	<i>[0 ; 0]</i>	0	0.37
	2	1.9%	1	1.1%		0.87
Consommation de drogues						
	0	0%	0	0%		1
Hyperphagie boulimique						
Score BES /46	9	<i>[5 ; 15]</i>	1	<i>[0 ; 3]</i>	6	<0.001
Hyperphagie boulimique ≥18	17	16.0%	2	2.2%		<0.01
État anxio-dépressif						
<u>Anxiété et/ou Dépression</u>						
Score total HADS /42	13	<i>[9.8 ; 18]</i>	9	<i>[6 ; 12]</i>	4	<0.001
0	75	69.4%	78	85.7%		0.012
1 (anxiété ou dépression)	27	25%	13	14.3%		
2 (anxiété et dépression)	6	5.6%	0	0%		
<u>Anxiété</u>						
Score HADS Anxiété /21	8	<i>[5 ; 11]</i>	6	<i>[4 ; 9]</i>	1	<0.001
Anxiété ≥ 11	30	27.8%	13	14.3%		0.034
<u>Dépression</u>						
Score HADS Dépression /21	6	<i>[3 ; 8]</i>	3	<i>[1 ; 4]</i>	2	<0.001
Dépression ≥ 11	9	8.3%	0	0%		0.84
Score total EQVOD /180	113.5	<i>[100.8 ; 130]</i>	139	<i>[127 ; 154]</i>	24	<0.001
Différence +10					68 (76.40%)	
Différence +15					60 (67.42%)	
Différence -10					6 (6.74%)	
Différence -15					5 (5.62%)	
Impact Physique /55	34	<i>[27 ; 41]</i>	47	<i>[41 ; 51]</i>	10	<0.001
Impact psychosocial /55	37,5	<i>[29.8 ; 46]</i>	48	<i>[42 ; 53]</i>	8	<0.001
Impact sur la vie Sexuelle /20	16	<i>[13 ; 19]</i>	18	<i>[15 ; 20]</i>	1	<0.001
Bien-être alimentaire /25	14,5	<i>[11 ; 18]</i>	16	<i>[13 ; 20]</i>	1	<0.001
Vécu du régime, diététique /25	15	<i>[12 ; 18]</i>	17	<i>[13 ; 21]</i>	1	0.044

Données manquantes : 9 % - effectif total : 108

Données exprimées en effectif (pourcentages) ou médiane [1er et 3ème quartile].

Tableau 8 : Evolution des scores et caractéristiques entre M0 et M12 chez les patients ayant eu une prise en charge médicale seule

	M0		M12		Différence	p
Poids (kg)	110	[98 ; 126.8]	107.5	[94.8 ; 122]	1.5	<0.01
IMC (kg/m²)	40	[36.1 ; 44.5]	39.1	[34.7 ; 44.1]	0.6	<0.01
Tour de Taille (cm)	121	[111.8 ; 129.3]	118	[110 ; 129.5]	0	0.86
Consommation d'alcool						
Score AUDIT /40	1	[0 ; 3]	1	[0 ; 2.25]	0	0.17
Mésusage alcool ≥ 8	9	7.1%	7	5.8%		0.62
Consommation de tabac						
Score Fagerström /10	0	[0 ; 0]	0	[0 ; 0]	0	0.51
Dépendance tabac ≥ 5	9	7.2%	5	4.2%		0.29
Consommation de cannabis						
Score CAST /24	0	[0 ; 0]	0	[0 ; 0]	0	0.31
Usage à risque cannabis ≥ 3	3	2.4%	1	0.85%		1
Consommation de drogues						
	3	2.4%	4	3.36%		0.2
Hyperphagie boulimique						
Score BES /46	11.5	[5 ; 19]	7	[3 ; 13]	3	<0.001
Hyperphagie boulimique ≥ 18	38	31.15%	17	14.8%		<0.001
État anxio-dépressif						
<u>Anxiété et/ou Dépression</u>						
Score total HADS /42	15	[10.8 ; 20]	13	[10 ; 18.8]	1	0.043
0	72	58.1 %	81	68.6%		0.12
1 (anxiété ou dépression)	40	32.3 %	25	21.2%		
2 (anxiété et dépression)	12	9.7 %	12	10.2%		
<u>Anxiété</u>						
Score HADS Anxiété /21	9	[7 ; 12]	8	[6 ; 11.8]	1	0.018
Anxiété ≥ 11	47	37.9%	35	29.7%		0,095
<u>Dépression</u>						
Score HADS Dépression /21	5.5	[4 ; 9]	5	[4 ; 8]	0	0,27
Dépression ≥ 11	17	13.7%	14	11.9%		0.48
Score total EQVOD /180	109	[91 ; 127.3]	117	[89 ; 132]	6	<0.001
Différence +10					47 (40.52%)	
Différence +15					35 (30.17%)	
Différence -10					23 (19.83%)	
Différence -15					18 (15.52%)	
Impact Physique /55	33	[25.8 ; 40]	37	[27 ; 43]	3	<0.001
Impact psychosocial /55	36	[27.5 ; 47]	39	[30 ; 48.5]	2	<0.001
Impact sur la vie Sexuelle /20	15	[8 ; 18]	17	[10 ; 19]	0	0.200
Bien-être alimentaire /25	14	[10 ; 17]	13	[9 ; 17]	0	0.43
Vécu du régime, diététique /25	15	[11 ; 18.3]	15	[11 ; 20]	1	0.310

Données manquantes : 7 % - effectif total : 126

Données exprimées en effectif (pourcentages) ou médiane [1er et 3ème quartile].

Discussion

1. Résultats principaux

Plus de la moitié des patients (56.1%) atteints d'obésité ont amélioré leur qualité de vie à 1 an de leur prise en charge à la clinique de l'obésité du CHU de Nîmes, dont 46.3 % une amélioration importante.

Cette amélioration de la qualité de vie peut s'expliquer par la perte de poids observée lors de l'étude, résultats cohérents avec des études déjà publiées [40] [41].

D'autres facteurs peuvent être en lien avec cette amélioration de la qualité de vie comme l'amélioration des symptômes d'anxiété et de dépression à 1 an. La réduction de la dépendance au tabac, du mésusage de l'alcool et de la fréquence des troubles du comportement alimentaire peut également jouer un rôle.

Les résultats de cette étude montrent qu'une approche multidisciplinaire est essentielle dans la prise en charge des patients souffrant d'obésité.

Pour favoriser la perte de poids et améliorer la qualité de vie des patients obèses, il est crucial d'agir sur les facteurs environnementaux tels que la nutrition et l'activité physique, mais aussi sur les comorbidités de l'obésité et les troubles psychiques associés.

L'intégration du patient obèse dans un réseau de soins est essentielle pour améliorer sa qualité de vie, au vu de la complexité de l'obésité et de la nécessité d'une prise en charge globale.

2. Analyses secondaires

On constate une amélioration plus importante de la qualité de vie chez les patients ayant eu recours à la chirurgie bariatrique. Cette amélioration peut être attribuée à la perte de poids plus significative par rapport aux autres patients.

D'autres facteurs peuvent également jouer un rôle : un suivi psychologique et une activité physique plus fréquents, ainsi qu'une prévalence plus faible des troubles du comportement alimentaire et des symptômes anxio-dépressifs.

Ces résultats peuvent s'expliquer en partie par la sélection des patients qui ont eu accès à la chirurgie bariatrique. En effet, cette prise en charge nécessite un suivi plus rapproché des patients, incluant des consultations fréquentes avec des gastro-entérologues, chirurgiens, diététiciens et psychologues. Ainsi, ces patients bénéficient d'un suivi global et intensif, optimisant leur prise en charge sous tous les aspects.

De plus, avant d'accéder à la chirurgie, les patients doivent remplir certaines conditions concernant les addictions, les troubles du comportement alimentaire et les pathologies psychiatriques, sélectionnant ainsi des patients généralement moins fragiles que les autres obèses.

Chez les patients ayant eu une prise en charge médicale seule, on observe également une augmentation significative de la qualité de vie avec une perte de poids.

Une perte de poids, même modeste, peut améliorer la qualité de vie. Mais les résultats sont expliqués surtout par le fait qu'ils ont bénéficié d'une prise en charge globale et individualisée, plutôt que la perte de poids elle-même.

Il est donc crucial de proposer une prise en charge centrée sur le patient, intégrant des aspects médicaux, psychologiques et comportementaux, plutôt que de se concentrer uniquement sur la perte de poids comme objectif principal.

3. Forces et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs points forts, notamment le nombre élevé de patients suivis et analysés ainsi que la durée de leur suivi.

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont peu sélectifs, ce qui permet une bonne représentativité des patients obèses. Les résultats de l'étude présentent une bonne généralisabilité et sont extrapolables aux populations consultant en médecine générale ou dans un service d'endocrinologie ou de nutrition pour leur obésité.

L'échelle EQVOD est le seul questionnaire en français sur la qualité de vie spécifiquement adapté à l'obésité, prenant en compte des facteurs uniques liés aux patients obèses.

Les autres questionnaires utilisés dans l'étude (sur le mésusage des substances toxiques, la dépression et les troubles du comportement alimentaire) sont des outils validés et couramment utilisés en pratique clinique par les médecins généralistes ou spécialistes.

Cependant, cette étude présente également des limites. Le nombre de sujets nécessaires à l'étude ADOB n'a pas été atteint au moment de l'extraction des données, et l'étude ADOB est une étude monocentrique.

De plus, bien que l'étude réalise un suivi sur 1 an, les résultats ne permettent pas de prédire une amélioration de la qualité de vie à long terme.

Un nombre important de patients ont été perdus de vue, avec presque la moitié n'ayant pas réalisé leur visite à M12. Il n'y a pas de différence significative dans les caractéristiques initiales entre les patients revenus et ceux perdus de vue.

On ne sait pas si les patients perdus de vue ont amélioré ou dégradé leur qualité de vie, et si cela a un lien avec leur manque de suivi.

Il manque des données sur les mesures mises en place pendant l'année entre les deux visites. Par exemple, certaines actions entreprises par les patients durant cette période, telles que le nombre de consultations médicales, le suivi psychologique, diététique ou la pratique d'une activité physique, peuvent influencer les résultats.

Certains patients de l'étude ont reçu des analogues du GLP-1, utilisés pour traiter le diabète mais aussi l'obésité. En raison du faible nombre de patients ayant reçu ce traitement (17) et de l'absence d'informations sur les molécules spécifiques et les indications précises, aucune analyse comparative n'a pu être réalisée.

L'échelle EQVOD présente certaines limites. Premièrement, sa spécificité fait qu'elle est peu utilisée dans les études en France.

Deuxièmement, il n'existe pas de gradation de la qualité de vie selon des tranches de score. Le score varie de 36 (mauvaise qualité de vie) à 180 (excellente qualité de vie), rendant difficile l'interprétation clinique de l'amélioration de la qualité de vie.

Le score EQVOD a un équivalent en anglais : le IWQOL (Impact of Weight on Quality of Life questionnaire), coté sur 100 [61]. Dans certaines études utilisant le score anglais, une amélioration de la qualité de vie est considérée significative avec une augmentation de score de 5 à 6 points. Sur 180 pour l'échelle EQVOD, cela équivaut à une augmentation de score entre 9 et 12.5 points.

Par conséquent, un seuil de 10 points a été adopté pour une amélioration de la qualité de vie et 15 points pour une amélioration importante. Inversement, une diminution de 10 points indique une dégradation de la qualité de vie, et 15 points une dégradation importante. Cependant, ce seuil reste arbitraire et n'est pas un critère clinique validé en français.

4. Prospectives

Les résultats de cette étude ouvrent diverses perspectives.

Des analyses à long terme sont nécessaires pour déterminer si l'amélioration de la qualité de vie perdure dans le temps. L'étude ADOB sur 2 ans pourra déjà fournir des résultats à moyen terme.

D'autres études ont montré une amélioration de la qualité de vie à long terme chez les patients ayant eu recours à la chirurgie bariatrique [50] [51]. Toutefois, il n'existe pas d'études sur la qualité de vie pour la prise en charge médicale à long terme.

Il serait intéressant de constituer une cohorte de patients obèses suivis sur le très long terme pour identifier les facteurs permettant une prise en charge optimale de l'obésité. Il serait pertinent de comparer les résultats de cette étude avec ceux de l'étude ADOB, qui aura inclus un plus grand nombre de patients.

En France, peu d'études ont été menées sur des cohortes de patients obèses, et aucune n'a étudié leur qualité de vie tout au long de leur prise en charge. Il serait bénéfique de constituer une cohorte de patients obèses spécifiquement axée sur leur qualité de vie. Cela permettrait d'intégrer d'autres questionnaires et informations centrés sur la qualité de vie, et peut-être de développer une section sur la vie familiale et professionnelle.

Les analogues du GLP-1 jouent un rôle de plus en plus important dans la prise en charge de l'obésité. Une étude comparative sur la qualité de vie des patients obèses pris en charge médicalement, par analogues du GLP-1, et par chirurgie bariatrique serait utile.

La clinique de l'obésité offre une approche diététique basée sur la pleine conscience et l'écoute des sensations alimentaires, plutôt que sur la privation et le rééquilibrage alimentaire. Il est nécessaire de définir précisément ce programme diététique et de le standardiser afin de pouvoir l'évaluer et le comparer à d'autres méthodes de prise en charge nutritionnelle.

Une prise en charge multifactorielle reste le point essentiel du suivi du patient obèse. Pour répondre efficacement aux besoins de ces patients, il est crucial de continuer à mettre en place des parcours de soins bien structurés, impliquant une coordination entre différents acteurs du système de santé. Ces parcours doivent inclure non seulement des diététiciens, mais aussi des psychologues, des endocrinologues, des médecins généralistes et des éducateurs sportifs.

Les recommandations récentes sur l'obésité [34] soulignent l'importance de niveaux de recours adaptés, orientant les patients vers des soins spécialisés en fonction de la gravité de leur obésité et de leurs besoins spécifiques.

En pratique, le médecin généraliste, en tant que premier recours, joue un rôle central dans la détection et l'orientation initiale du patient obèse. Il est souvent le premier point de contact et doit être en mesure de proposer une prise en charge globale, intégrant tous les aspects de la condition du patient. Cela inclut non seulement l'évaluation initiale et le suivi régulier, mais aussi la coordination avec d'autres spécialistes pour assurer une prise en charge cohérente et continue.

Le renforcement et la valorisation de ces réseaux de soins dédiés permettrait de garantir au plus grand nombre de patients une prise en charge adaptée et coordonnée, maximisant ainsi les chances d'amélioration de leur qualité de vie.

En définitive, une telle prise en charge intégrée et personnalisée est la clé pour transformer la vie des patients obèses, en leur offrant les outils et le soutien nécessaires pour atteindre et maintenir une meilleure qualité de vie.

Conclusion

L'obésité est un enjeu majeur de santé publique. Il est essentiel d'améliorer et de mieux organiser ses pratiques autour du patient atteint d'obésité. Les résultats de cette étude montrent qu'une prise en charge globale du patient obèse est primordiale pour améliorer sa qualité de vie. Le médecin généraliste reste au centre de l'accueil du patient et de son orientation, assurant une prise en charge coordonnées des soins entre les multiples intervenants dans la prise en charge du patient et de son obésité.

Bibliographie

1. « Obésité et surpoids » Etat des lieux et recommandations OMS, 14 mai 2022
2. World Health Organization « Waist Circumference and Waist-Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation ». 2008
3. Fontbonne, Annick, Andrew Currie, Patrick Tounian, Marie-Christine Picot, Olivier Foulatier, Marius Nedelcu, et David Nocca. « Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the “Ligue Contre l’Obésité” ». *Journal of Clinical Medicine* 12, no 3 (25 janvier 2023) : 925.
4. Haute Autorité de Santé. « Surpoids et obésité de l’adulte : prise en charge médicale de premier recours », 14 mai 2022.
5. Keith, S. W., D. T. Redden, P. T. Katzmarzyk, M. M. Boggiano, E. C. Hanlon, R. M. Benca, D. Ruden, et al. « Putative Contributors to the Secular Increase in Obesity: Exploring the Roads Less Traveled ». *International Journal of Obesity* (2005) 30, no 11 (novembre 2006) : 1585-94.
6. Inserm. « Obésité Une maladie du tissu adipeux » 2019 · Inserm, La science pour la santé.
7. Després, Jean-Pierre, Isabelle Lemieux, Jean Bergeron, Philippe Pibarot, Patrick Mathieu, Eric Larose, Josep Rodés-Cabau, Olivier F. Bertrand, et Paul Poirier. « Abdominal Obesity and the Metabolic Syndrome: Contribution to Global Cardiometabolic Risk ». *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology* 28, no 6 (juin 2008): 1039-49.
8. 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.
9. Kinlen, D., D. Cody, et D. O’Shea. « Complications of Obesity ». *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians* 111, n° 7 (1 juillet 2018): 437-43.
10. Basen-Engquist, K., & Chang, M. (2011). Obesity and cancer risk: recent review and evidence. *Current oncology reports*, 13(1), 71-76. doi:10.1007/s11912-010-0139-7.
11. « Enquête santé et protection sociale (ESPS) - Irdes ». 2012
12. Grover, Steven A., Mohammed Kaouache, Philip Rempel, Lawrence Joseph, Martin Dawes, David C. W. Lau, et Ilka Lowensteyn. « Years of Life Lost and Healthy Life-Years Lost from Diabetes and Cardiovascular Disease in Overweight and Obese People: A Modelling Study ». *The Lancet. Diabetes & Endocrinology* 3, no 2 (février 2015): 114-22.
13. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. “Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019”. *The Lancet*. 2020 ; 396 :1223–1249.
14. Detournay, Bruno. « Le cout de l’obésité en France ». *Médecine des Maladies Métaboliques* 15, no 4 (juin 2021) : 413-17
15. Lettre Trésor-Eco n° 179 (septembre 2016) « Obésité : quelles conséquences pour l’économie et comment les limiter ? » 2016-020-179

16. OECD. *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*. OECD Health Policy Studies. OECD, 2019
17. Miller, C.J., Slusarek, B., Sampson, B., Sick, B.T., Leslie, D.B., Buchwald, H., and Ikramuddin, S. (2011). Paraponaris, Alain, Bérengère Saliba, et Bruno Ventelou. « Obesity, Weight Status and Employability: Empirical Evidence from a French National Survey ». *Economics and Human Biology* 3, no 2 (juillet 2005): 241-58.
18. Coudin E. et Souletie A. (2015), « Obésité et discrimination sur le marché du travail », *Dossiers solidarité et santé, Actes du colloque DRESS/DARES*, p. 29
19. Branche, Olivia, Camille Buscaïl, Sandrine Péneau, Julia Baudry, Christine Poitou, Jean-Michel Oppert, Sébastien Czernichow, et al. « Correlates of Weight Bias in Adults From the NutriNet-Santé Study ». *American Journal of Preventive Medicine* 65, n° 2 (1 août 2023): 201-12.
20. Schwartz, Marlene B., et Kelly D. Brownell. « Obesity and Body Image ». *Body Image* 1, no 1 (janvier 2004): 43-56.
21. Türkben Polat, Hilal, et Emine Kaplan Serin. « Self-Esteem and Sexual Quality of Life among Obese Women ». *Perspectives in Psychiatric Care* 57, n° 3 (juillet 2021): 1083-87.
22. Degirmenci, Taner, Nalan Kalkan-Oguzhanoglu, Gülfizar Sozeri-Varma, Osman Ozdel, et Semin Fenkci. « Psychological Symptoms in Obesity and Related Factors ». *Nöro Psikiyatri Arşivi* 52, n° 1 (mars 2015): 42-46.
23. Smith, M. J., Theeke, L., Culp, S., Clark, K., & Pinto, S. (2014). Psychosocial variables and self-rated health in young adult obese women. *Applied Nursing Research*, 27(1), 67-71.
24. Petry, N., Barry, D., Pietrzak, R., & Wagner, J. Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosomatic Medicine*, 2008, 70(3), 288–97.
25. Pereira-Miranda, E., Costa, P. R. F., Queiroz, V. A. O., Pereira-Santos, M., & Santana, M. L. P. (2017). Overweight and Obesity Associated with Higher Depression Prevalence in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American College of Nutrition*, 36(3), 223–233.
26. Onyike, C. U., Crum, R. M., Lee, H. B., Lyketsos, C. G., & Eaton, W. W. (2003). Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American journal of epidemiology*, 158(12), 1139-1147.
27. Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B., & Faith, M. S. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American journal of public health*, 90(2), 251. 63
28. The WHOQOL Group. (1994). *Quality of Life Assessment. What Quality of Life? The WHOQOL Group*.
29. Erickson, P., & Patrick, D. (1993). *Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University Press.
30. Accardi R, Delle Fave A, Ronchi S, Terzoni S, Racaniello E, Destrebecq A. The role of quality of life instruments in obesity management: review. *Bariatr Surg Pract Patient Care* 2017;12(4):145-52.

31. Ul-Haq, Zia, Daniel F. Mackay, Elisabeth Fenwick, et Jill P. Pell. « Meta-Analysis of the Association between Body Mass Index and Health-Related Quality of Life among Adults, Assessed by the SF-36 ». *Obesity* (Silver Spring, Md.) 21, no 3 (mars 2013): E322-327.
32. Müller-Nordhorn, Jacqueline, Rebecca Muckelbauer, Heike Englert, Ulrike Grittner, Hendrike Berger, Frank Sonntag, Heinz Völler, et al. « Longitudinal Association between Body Mass Index and Health-Related Quality of Life ». *PLoS One* 9, no 3 (2014): e93071.
33. Fontaine, K. R., L. J. Cheskin, et I. Barofsky. « Health-Related Quality of Life in Obese Persons Seeking Treatment ». *The Journal of Family Practice* 43, no 3 (septembre 1996): 265-70.
34. Haute Autorité de Santé. « Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux - Partie I : prise en charge médicale ». 2022
35. Obesity Canada, Vallis TM, Macklin D, Russell-Mayhew S. Canadian adult obesity clinical practice guidelines: effective psychological and behavioural interventions in obesity management. Edmonton : Obesity Canada ; 2020.
36. Ziegler O, Bertin E, Jouret B, Calvar R, Sanguignol F, Avignon A, et al. Education thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. Rapport à la Direction générale de la santé et à la Direction générale de l'Offre de soins, 4 octobre 2014. *Obésité* 2014 ;9(4):302-28.
37. Battista F, Ermolao A, van Baak MA, Beaulieu K, Blundell JE, Busetto L, et al. Effect of exercise on cardiometabolic health of adults with overweight or obesity: focus on blood pressure, insulin resistance, and intrahepatic fat. A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2021;22(Suppl 4):e13269.
38. Sani, S. H. Z., Fathirezaie, Z., Brand, S., Pühse, U., Holsboer-Trachsler, E., Gerber, M., & Talepasand, S. (2016). Physical activity and self-esteem: Testing direct and indirect relationships associated with psychological and physical mechanisms. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 2617.
39. Tahrani, Abd A., et John Morton. « Benefits of Weight Loss of 10% or More in Patients with Overweight or Obesity: A Review ». *Obesity* (Silver Spring, Md.) 30, n° 4 (avril 2022): 802-40.
40. Dainelli, Livia, Dan Roberto Luo, Sarah S. Cohen, Agnieszka Marczevska, Jamy D. Ard, Sally L. Coburn, Kristina H. Lewis, et al. « Health-Related Quality of Life in Weight Loss Interventions: Results from the OPTIWIN Trial ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, n° 4 (février 2021): 1785.
41. Blissmer, B., Riebe, D., Dye, G., Ruggiero, L., Greene, G., & Caldwell, M. (2006). Health-related quality of life following a clinical weight loss intervention among overweight and obese adults: intervention and 24-month follow-up effects. *Health and quality of life outcomes*, 4(1), 43.
42. « Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité en France » rapport laville | vie-publique.fr, 27 avril 2023.
43. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, Greenway F, Halpern A, Krempf M, et al. A randomized, controlled trial of 3.0 mg of liraglutide in weight management. *N Engl J Med* 2015;373(1):11-22
44. Davies M, Færch L, Jeppesen OK, Pakseresht A, Pedersen SD, Perreault L, et al. Semaglutide 2.4 mg once a week in adults with overweight or obesity, and type 2 diabetes (STEP 2): a randomised, double-blind, double-dummy, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet* 2021;397(10278):971-84.

45. Chao, Ariana M., Thomas A. Wadden, Olivia A. Walsh, Kathryn A. Gruber, Naji Alamuddin, Robert I. Berkowitz, et Jena S. Tronieri. « Changes in Health-Related Quality of Life with Intensive Behavioural Therapy Combined with Liraglutide 3.0 Mg per Day ». *Clinical Obesity* 9, n° 6 (décembre 2019): e12340.
46. Oberlin P, de Peretti C. Bariatric surgery in France from 1997 to 2018. *Surg Obes Relat Dis* 2020;16(8):1069-77.
47. Haute Autorité de Santé. « Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux - Partie II : pré et post-chirurgie bariatrique ». 2024
48. Peterli R, Wölnerhanssen BK, Peters T, Vetter D, Kröll D, Borbély Y, et al. Effect of laparoscopic sleeve gastrectomy vs laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass on weight loss in patients with morbid obesity. The SM-BOSS randomized clinical trial. *JAMA* 2018;319(3):255-65.
49. Sjöström, Lars, Anna-Karin Lindroos, Markku Peltonen, Jarl Torgerson, Claude Bouchard, Björn Carlsson, Sven Dahlgren, et al. « Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 Years after Bariatric Surgery ». *The New England Journal of Medicine* 351, no 26 (23 décembre 2004): 2683-93.
50. Karlsson J, Sjöström L, Sullivan M. Swedish obese subjects (SOS)--an intervention study of obesity. Two-year follow-up of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes*. Févr 1998;22(2):113-26.
51. Kolotkin, Ronette L., Lance E. Davidson, Ross D. Crosby, Steven C. Hunt, et Ted D. Adams. « Six-Year Changes in Health-Related Quality of Life in Gastric Bypass Patients versus Obese Comparison Groups ». *Surgery for Obesity and Related Diseases: Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery* 8, no 5 (2012): 625-33.
52. Monaco-Ferreira DV, Leandro-Merhi VA. Weight regain 10 years after Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg* 2017;27(5):1137-44.
53. King WC, Chen J-Y, Courcoulas AP, Dakin GF, Engel SG, Flum DR, et al. Alcohol and other substance use after bariatric surgery: prospective evidence from a U.S. multicenter cohort study. *Surg Obes Relat Dis*. Août 2017;13(8):1392-402.
54. Castaneda, Daniel, Violeta B. Popov, Praneet Wander, et Christopher C. Thompson. « Risk of Suicide and Self-Harm Is Increased After Bariatric Surgery-a Systematic Review and Meta-Analysis ». *Obesity Surgery* 29, no 1 (janvier 2019): 322-33.
55. Ziegler O, Filipecki J, Girod I, Guillemin F (2005). Development and validation of a French obesity-specific quality of life questionnaire: Quality of Life, Obesity and Dietetics (QOLOD) rating scale. *Diabetes Metab*. 31(3):273-83.
56. Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoui, S., Wenger, O., & Daeppen, J. B. (2005). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 29(11), 2001-2007.
57. Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & FAGERSTROM, K. O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British journal of addiction*, 86(9), 1119-1127.
58. Legleye S., Karila L., Beck F., Reynaud M. (2007) Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use* 2007; 12: 233-42

59. Brunault, P., Gaillard, P., Ballon, N., Couet, C., Isnard, P., Cook, S., Delbachian, I., Réveillère, C., Courtois, R. (2016). Validation de la version française de la Binge Eating Scale : étude de sa structure factorielle, de sa consistance interne et de sa validité de construit en population clinique et non clinique : Validation française de la Binge Eating Scale. *L'Encéphale*, 42(5), 426-433.
60. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.
61. Kolotkin, R.L., Crosby, R.D. Psychometric evaluation of the Impact of Weight on Quality of Life-Lite questionnaire (IWQOL-Lite) in a community sample. *Quality of Life Research*, 2002, 11(2), 157-171

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire EQVOD

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.

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.

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

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 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

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'ailleent	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

Bien-être alimentaire

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

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 de 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 2 : Questionnaire AUDIT

	0	1	2	3	4
1. À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
2. Combien de verre d'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3. À quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus en une même occasion ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année
10. Un parent, un ami, un médecin ou autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année

Annexe 3 : Test de Fagerström

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 minutes	3
6-30 minutes	2
31-60 minutes	1
Plus de 60 minutes	0

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (cinéma, bibliothèques) ?

Oui	1
Non	0

3. A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

A la première de la journée	1
A une autre	0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

Oui	1
Non	0

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

Oui	1
Non	0

Annexe 4 : Questionnaire CAST

- 0 : jamais
1 : rarement
2 : de temps en temps
3 : assez souvent
4 : très souvent

1	Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	0	1	2	3	4
2	Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	0	1	2	3	4
3	Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?	0	1	2	3	4
4	Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	0	1	2	3	4
5	Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?	0	1	2	3	4
6	Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école) ?	0	1	2	3	4

Annexe 5 : Questionnaire BES

Cochez l'énoncé qui vous correspond le mieux		
1	0	Je ne me sens pas gêné(e) par mon poids ou la taille de mon corps quand je suis avec les autres.
	0	Je suis soucieux(se) de mon apparence physique vis-à-vis des autres mais en général, je ne suis pas déçu(e) par moi-même.
	1	Je suis gêné(e) par mon apparence et mon poids qui me déçoivent.
	3	Je suis très gêné(e) par mon poids et fréquemment, j'ai honte de moi-même et je me dégoûte. J'essaie d'éviter les contacts sociaux à cause de cette gêne.
2	0	Je n'ai aucune difficulté pour manger doucement de manière convenable.
	1	Bien que j'aie l'impression d'avaler rapidement la nourriture, je ne termine pas en me sentant rempli(e) d'avoir trop mangé.
	2	Parfois, j'ai tendance à manger rapidement et ensuite je me sens mal à l'aise d'être trop rempli(e).
	3	J'ai l'habitude d'avaler ma nourriture sans vraiment la mâcher. Quand cela m'arrive, j'ai souvent l'impression d'être bourré(e) parce que j'ai trop mangé.
3	0	Je me sens capable de contrôler mes envies irrésistibles de nourriture quand je le veux.
	1	J'ai l'impression de moins bien contrôler mes conduites alimentaires que la plupart des gens.
	3	Je me sens absolument désemparé(e) quand il me vient à l'esprit de vouloir contrôler mes envies irrésistibles de nourriture.
	3	Comme je me sens désemparé(e) pour contrôler mon alimentation, je suis vraiment sans espoir de pouvoir essayer de me contrôler.
4	0	Je n'ai pas l'habitude de manger quand je m'ennuie.
	0	Je mange parfois quand je m'ennuie, mais souvent je suis capable de m'occuper et de ne plus penser à la nourriture.
	0	J'ai l'habitude de manger quand je m'ennuie, mais parfois je peux faire une autre activité pour chasser l'alimentation de mes pensées.
	2	J'ai la grande habitude de manger quand je m'ennuie. Rien ne semble m'aider à supprimer cette habitude.
5	0	Habituellement j'ai faim quand je mange quelque chose.
	1	Parfois, je mange de manière impulsive même si je n'ai pas vraiment faim.
	2	J'ai l'habitude de manger des aliments que je n'aime pas vraiment pour satisfaire mon envie de nourriture même si je n'ai pas faim.
	3	Même si je n'ai pas faim, j'ai une sensation de faim dans la bouche qui ne semble être satisfaite qu'en mangeant de la nourriture, par exemple un sandwich, qui remplit ma bouche. Parfois, après avoir mangé pour satisfaire cette sensation de faim, je recrache la nourriture pour ne pas prendre de poids.
6	0	Je ne ressens aucune culpabilité ni aucun dégoût de moi-même après avoir mangé.
	1	Après avoir trop mangé, je me sens coupable ou je me dégoûte parfois.
	3	La plupart du temps, je ressens une profonde culpabilité ou un profond dégoût de moi-même après avoir trop mangé.
7	0	Je ne perds jamais totalement le contrôle de mon alimentation quand je fais un régime, même après des périodes d'excès alimentaire.
	2	Parfois, je mange un aliment défendu par le régime ; j'ai l'impression de le chasser de ma mémoire et je mange encore plus.
	3	Fréquemment, quand je mange trop pendant le régime, je me dis : « je viens de faire un écart par régime, pourquoi ne pas continuer ? ». Quand cela m'arrive, je mange encore plus.
	3	J'ai l'habitude de commencer un régime strict, mais je l'interromps en continuant mes excès alimentaires. Ma vie semble être soit « festin », soit « famine ».
8	0	Je mange rarement une telle quantité de nourriture que je me sens trop rempli(e) après.
	1	Habituellement, environ une fois par mois, je mange une telle quantité de nourriture que je me sens trop rempli(e) après.
	2	J'ai régulièrement des périodes dans le mois pendant lesquelles je mange de très grandes quantités d'aliments, soit lors des repas, soit en dehors des repas.
	3	Je mange tant de nourriture que fréquemment, je ne me sens vraiment pas bien après les repas et parfois même, j'ai des nausées.
9	0	Habituellement, la quantité de calories que j'ingère ne s'élève pas très haut ni ne descend jamais très bas.
	1	Parfois, après avoir trop mangé, j'essaie de réduire les calories que j'ingère au point de ne rien manger pour compenser l'excès alimentaire.
	2	J'ai l'habitude de beaucoup manger durant la soirée. Il me semble que le plus souvent je n'ai pas faim le matin, mais je mange beaucoup le soir.
	3	Il y a eu des périodes de plusieurs semaines pendant lesquelles dans ma vie d'adulte je me privais presque totalement de nourriture. Ces périodes succédaient à des périodes de suralimentation. J'ai l'impression d'alterner entre « festin » et « famine ».

10	0	Le plus souvent, je suis capable de m'arrêter quand je veux. Je sais quand « trop c'est trop ».
	1	Assez souvent, j'éprouve un besoin irrésistible de manger que je ne semble pas pouvoir contrôler.
	2	Fréquemment, j'ai des envies irrésistibles de grandes quantités de nourriture que je semble incapable de contrôler, mais à d'autres moments je parviens à contrôler ces pulsions alimentaires.
	3	Je me sens incapable de contrôler mes pulsions alimentaires. J'ai peur de ne pas pouvoir être capable de m'arrêter volontairement de manger.
11	0	Je n'ai aucun problème pour m'arrêter de manger quand je me sens rempli(e).
	1	Le plus souvent je peux m'arrêter de manger quand je n'ai plus faim, mais parfois je mange trop, au point de me sentir trop rempli(e).
	2	J'ai des difficultés à m'arrêter de manger une fois que j'ai commencé et le plus souvent, je me sens complètement rempli(e) après avoir mangé un repas.
	3	Comme j'ai des difficultés à m'arrêter de manger quand je veux, je me fais parfois vomir pour ne plus me sentir trop rempli(e).
12	0	J'ai l'impression de manger autant quand je suis avec les autres (famille, repas en société) que quand je suis seul(e).
	1	De temps en temps, quand je suis avec d'autres personnes, je ne mange pas autant que je le voudrais parce que je suis gêné(e) par mes habitudes alimentaires.
	2	Fréquemment, je mange seulement de petites quantités de nourriture quand je suis en présence d'autres personnes, parce que je suis très embarrassé(e) par ma manière de manger.
	3	Je suis tellement honteux(se) de trop manger que je choisis des moments pendant lesquels personne ne me voit pour manger de grosses quantités d'aliments. J'ai l'impression d'être un(e) « mangeur/mangeuse en cachette ».
13	0	Je mange trois repas par jour et occasionnellement une collation entre les repas.
	0	Je mange trois repas par jour, mais je prends aussi souvent un casse-croûte entre les repas.
	2	Quand je prends des casse-croûte copieux entre les repas, j'ai l'habitude de sauter les repas.
	3	Il y a des périodes pendant lesquelles j'ai l'impression de manger continuellement sans avoir de vrai repas planifié.
14	0	Je ne pense pas beaucoup à essayer de contrôler mes pulsions alimentaires.
	1	Quelques fois, j'ai l'impression d'être préoccupé(e) par mes tentatives de contrôle de mes crises de « grande bouffe ».
	2	J'ai l'impression que fréquemment je passe beaucoup de temps à penser à la quantité d'aliments que j'ai mangée ou que j'ai essayé de ne pas manger.
	3	J'ai l'impression de consacrer la plupart de mon temps à penser à ce que je mange ou pas. Je ressens comme si j'étais constamment un train de résister pour ne pas manger.
15	0	Je ne pense pas beaucoup à la nourriture.
	1	J'ai un grand besoin de nourriture mais cela ne dure que pendant de courtes périodes.
	2	Il y a des jours où je ne peux pas penser à autre chose qu'à la nourriture.
	3	La plupart de mes journées semble être occupées par des pensées concernant la nourriture. J'ai l'impression de vivre pour manger.
16	0	Je sais le plus souvent si j'ai faim ou non. Je mange une portion correcte de nourriture pour satisfaire ma faim.
	1	De temps en temps, je ne suis pas sûr(e) de savoir si j'ai faim ou pas. À ces moments, il m'est difficile de savoir quelle quantité de nourriture je dois prendre pour me rassasier.
	2	Même si je devrais connaître la quantité de calories que je devrais manger, je n'ai aucune idée de ce qu'est une portion normale pour moi.

Annexe 6 : Questionnaire HADS

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) 3 - La plupart du temps 2 - Souvent 1 - De temps en temps 0 - Jamais	2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois 0 - Oui, tout autant 1 - Pas autant 2 - Un peu seulement 3 - Presque plus
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver 3 - Oui, très nettement 2 - Oui, mais ce n'est pas trop grave 1 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 - Pas du tout	4. 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
5. Je me fais du souci 3 - Très souvent 2 - Assez souvent 1 - Occasionnellement 0 - Très occasionnellement	6. Je suis de bonne humeur 3 - Jamais 2 - Rarement 1 - Assez souvent 0 - La plupart du temps
7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) 0 - Oui, quoi qu'il arrive 1 - Oui, en général 2 - Rarement 3 - Jamais	8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti 3 - Presque toujours 2 - Très souvent 1 - Parfois 0 - Jamais
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué 0 - Jamais 1 - Parfois 2 - Assez souvent 3 - Très souvent	10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence 3 - Plus du tout 2 - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 1 - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 - J'y prête autant d'attention que par le passé
11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place 3 - Oui, c'est tout à fait le cas 2 - Un peu 1 - Pas tellement 0 - Pas du tout	12. 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
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique 3 - Vraiment très souvent 2 - Assez souvent 1 - Pas très souvent 0 - Jamais	14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision 0 - Souvent 1 - Parfois 2 - Rarement 3 - Très rarement

Annexe 7 : Analyse comparative univariée - variable différence EQVOD > 10

Données exprimées en pourcentage (effectif) ou médiane [1er et 3ème quartile].

Visite M0	Différence EQVOD > 10 points		
	Non (n=90)	Oui (n=115)	p
Sexe féminin	80 % (72)	71.3 % (82)	0.205
Age	48.5 [38-61.8]	44 [35.5-54.5]	0.191
Taille	1.65 [1.6-1.7]	1.65 [1.6-1.7]	0.603
Poids	110.5 [98-123]	112 [103-126.3]	0.167
IMC	40.41 [36.1-44.4]	41. [37.8-44.4]	0.204
Tour de taille	120 [111-127]	123 [114-132]	0.084
ATCD familiaux d'obésité	59.6 % (53)	62.6 % (72)	0.67
ATCD personnel de traumatisme sexuel	12.6 % (11)	12.3 % (14)	1
Prise en charge médicale	100 % (90)	99.1 % (114)	1
Prise en charge psychologique	76.7 % (69)	84.3 % (97)	0.226
Activité physique	90 % (81)	87.8 % (101)	0.790
Score total AUDIT	1 [0-2]	1 [0-2]	0.313
Mésusage en alcool	5.6 % (5)	0.9 % (1)	0.089
Consommation tabac	23.6 % (21)	21.1 % (24)	0.793
Score total Fagerström	0 [0-0]	0 [0-0]	0.247
Dépendance au tabac	4.5 % (4)	7. % (8)	0.648
Consommation cannabis	1.1 % (1)	4.3 % (5)	0.235
Score total CAST	0 [0-0]	0 [0-0]	0.284
Usage à risque cannabis	1.1 % (1)	1.7 % (2)	1
Consommation drogues	2.3 % (2)	0.9 % (1)	0.58
Score total BES	10 [3-18]	11 [6-17]	0.184
Hyperphagie boulimique	26.4 % (23)	24.6 % (28)	0.889
Score total HADS	13 [10-19]	15 [10.5-19]	0.259
Score HADS anxiété	8 [6-11]	9 [6-12]	0.196
Anxiété	27.8 % (25)	36.5 % (42)	0.24
Score HADS dépression	5.5 [4-8]	6 [4-8]	0.663
Dépression	10 % (9)	12.2 % (14)	0.79
Anxiété et dépression	6.7 % (6)	7.8 % (9)	0.345

Visite M12	Différence score EQVOD > 10 points		
	Non (n=90)	Oui (n=115)	p
Visite réalisée	100 % (90)	100 % (115)	1
Poids	104 [93.3-117]	95.5 [83.3-108.5]	0.007
Différence de poids	2.1 [-1.2-10.5]	17 [4-26.1]	<0.001
IMC	37.9 [34.1-42.4]	34.4 [31.2-39.7]	<0.001
Différence d'IMC	0.8 [-0.4-3.8]	6.2 [1.3-9.9]	<0.001
Tour de taille	117 [99.5-124.5]	111 [99-119.8]	0.435
Différence de tour de taille	0 [-3.5-5]	12 [3-20]	<0.001
Prise en charge médicale	100 % (90)	100 % (115)	1
Prise en charge diététique	100 % (90)	98.3 % (113)	0.505
Prise en charge psychologique	86.7 % (78)	91.3 % (105)	0.402
Activité physique	78.9 % (71)	90.4 % (104)	0.034
Prise en charge chirurgicale	23.3 % (21)	59.1 % (68)	<0.001
Score total AUDIT	0 [0-2]	0 [0-1]	0.719
Mésusage en alcool	4.4 % (4)	1.7 % (2)	0.408
Différence score AUDIT	0 (0-1)	0 [0-1]	0.228
Consommation tabac	20 % (18)	25.2 % (29)	0.475
Score total Fagerström	0 [0-0]	0 [0-0]	0.063
Dépendance au tabac	1.1 % (1)	6.1 % (7)	0.081
Différence score Fagerström	0 (0-0)	0 (0-0)	0.706
Consommation cannabis	1.1 % (1)	4.3 % (5)	0.2355
Score total CAST	0 (0-0)	0 (0-0)	0.726
Usage à risque cannabis	1.1 % (1)	0.9 % (1)	1
Différence score CAST	0 (0-0)	0 (0-0)	0.123
Consommation drogues	3.4 % (3)	0.9 % (1)	0.32
Score total BES	5 [2-11.5]	3 [0-8]	0.009
Hyperphagie boulimique	13.8 % (12)	5.3 % (6)	0.064
Différence score BES	1 [-1-10]	6 [3-11.75]	<0.001
Score total HADS	12 [9-17]	11 [7-15]	0.012
Différence score HADS	1 [-2-4]	4 [0-7.5]	<0.001
Score HADS anxiété	7 [5-11]	6 [4-10]	0.069
Différence HADS anxiété	1 [-2-2]	1 [0-4]	<0.001
Anxiété	29.2 % (26)	18.3 % (21)	0.094
Score HADS dépression	5 [3-8]	4 [2-6]	0.005
Différence HADS dépression	0 [-1-2]	2 [0-4]	<0.001
Dépression	11.2 % (10)	2.6 % (3)	0.027
Anxiété et dépression	10.1 % (9)	1.7 % (2)	0.022

Annexe 8 : Analyse comparative univariée - variable différence EQVOD > -10

Données exprimées en pourcentage (effectif) ou médiane [1er et 3ème quartile].

Visite M0	Différence score EQVOD > -10		
	Non (n=176)	Oui (n=29)	<i>p</i>
Sexe féminin	73.9 % (130)	82.8 % (24)	0.427
Age	46.5 [36-57]	48 [38-61]	0.780
Taille	1.65 [1.6-1.7]	1.7 [1.6-1.7]	0.850
Poids	112 [101-126.2]	113 [98-122.6]	0.487
IMC	40.9 [37.4-44.5]	40 [37.3-43.1]	0.291
Tour de taille	122 [112.5-130.5]	120 [108-130]	0.422
ATCD familiaux d'obésité	61.7 % (108)	58.6 % (17)	0.912
ATCD personnel de traumatisme sexuel	13.2 % (23)	7.4 % (2)	0.54
Prise en charge médicale	99.4 % (175)	100 % (29)	1
Prise en charge psychologique	82.4 % (145)	72.4 % (21)	0.311
Activité physique	89.8 % (158)	82.8 % (24)	0.336
Score total AUDIT	1 [0-2]	0 [0-2]	0.318
Mésusage en alcool	2.3 % (4)	6.9 % (2)	0.202
Consommation tabac	21.8 % (38)	24.1 % (7)	0.972
Score total Fagerström	0 [0-0]	0 [0-0]	0.486
Dépendance au tabac	5.8 % (10)	6.9 % (2)	0.683
Consommation cannabis	2.9 % (5)	3.5 % (1)	1
Score total CAST	0 [0-0]	0 [0-0]	0.713
Usage à risque cannabis	1.1 % (2)	3.5 % (1)	0.37
Consommation drogues	1.1 % (2)	3.5 % (1)	0.372
Score total BES	10.5 [6-18.3]	7 [3-16]	0.041
Hyperphagie boulimique	27.3 % (47)	13.8 % (4)	0.187
Score total HADS	14 [10-19]	15 [11-18]	0.984
Score HADS anxiété	8 [6-12]	8 [7-11]	0.486
Anxiété	32.4 % (57)	34.5 % (10)	0.993
Score HADS dépression	6 [4-8]	5 [4-7]	0.274
Dépression	11.9 % (21)	6.9 % (2)	0.542
Anxiété et dépression	7.9 % (14)	3.5 % (1)	0.689

Visite M12	Différence score EQVOD > -10		
	Non (n=176)	Oui (n=29)	p
Visite réalisée	100 % (176)	100 % (29)	1
Poids	99 [87.7-113.3]	104 [90.8-117]	0.340
Différence de poids	10.5 [1-22.1]	2.3 [-1-8]	0.008
IMC	35.8 [32.2-40.7]	37.7 [34-41.9]	0.283
Différence d'IMC	3.8 [0.4-8.2]	0.86 [-0.4-3.2]	0.007
Tour de taille	112.5 [98.3-122]	117 [104.5-122.5]	0.598
Différence de tour de taille	8 [-1-18]	-1 [-3.8-4.5]	0.095
Prise en charge médicale	100 % (176)	100 % (29)	1
Prise en charge diététique	98.9 % (174)	100 % (29)	1
Prise en charge psychologique	89.8 % (158)	86.2 % (25)	0.525
Activité physique	85.8 % (151)	82.8 % (24)	0.776
Prise en charge chirurgicale	47.2 % (83)	20.7 % (6)	0.014
Score total AUDIT	0 [0-1.25]	0 [0-2]	0.960
Mésusage en alcool	2.3 % (4)	6.9 % (2)	0.202
Différence score AUDIT	0 [0-1]	0 [0-0]	0.134
Consommation tabac	23.9 % (42)	17.2 % (5)	0.584
Score total Fagerström	0 [0-0]	0 [0-0]	0.397
Dépendance au tabac	3.9 % (7)	3.5 % (1)	1
Différence score Fagerström	0 [0-0]	0 [0-0]	0.649
Consommation cannabis	2.9 % (5)	3.5 % (1)	1
Score total CAST	0 [0-0]	0 [0-0]	0.341
Usage à risque cannabis	0.6 % (1)	3.5 % (1)	0.265
Différence score CAST	0 [0-0]	0 [0-0]	0.135
Consommation drogues	1.7 % (3)	3.6 % (1)	0.449
Score total BES	3 [1-9]	5.5 [1-12.3]	0.231
Hyperphagie boulimique	8.1 % (14)	14.3 % (4)	0.287
Différence score BES	5 [2-11]	0.5 [-1.25-6]	0.002
Score total HADS	11 [8-15]	14.5 [10-19.3]	0.022
Différence score HADS	3 [-0.3-6.3]	-1 [-2.25-5]	0.016
Score HADS anxiété	7 [5-10]	8 [5-12.3]	0.094
Différence HADS anxiété	1 [-1-3]	1 [-2-3]	0.419
Anxiété	21 % (37)	35.7 % (10)	0.141
Score HADS dépression	4 [2-6]	5.5 [3.8-8.3]	0.023
Différence HADS dépression	2 [-1-4]	0 [-2.3-1]	0.002
Dépression	5.7 % (10)	10.7 % (3)	0.394
Anxiété et dépression	4.5 % (8)	10.7 % (3)	0.148

Annexe 9 : Analyse comparative univariée - variable prise en charge chirurgicale

Données exprimées en pourcentage (effectif) ou médiane [1er et 3ème quartile].

Visite M0	Prise en charge chirurgicale		
	Non (n=126)	Oui (n=108)	p
Sexe féminin	71.4 % (90)	78.7 % (85)	0.26
Age	51 [37.3-62]	41.5 [33-49]	<0.001
Taille	1.7 [1.6-1.7]	1.7 [1.6-1.7]	0.624
Poids	110 [98-126.8]	115.7 [106-125.3]	0.095
IMC	40 [36.1-44.5]	41.5 [39.4-44.4]	0.011
Tour de taille	121 [111.8-129.3]	123 [115-132]	0.239
ATCD familiaux d'obésité	64.8 % (81)	60.2 % (65)	0.55
ATCD personnel de traumatisme sexuel	17.9 % (22)	5.7 % (6)	0.009
Prise en charge médicale	100 % (126)	98.1 % (106)	0.212
Prise en charge psychologique	72.2 % (91)	92.6 % (100)	<0.001
Activité physique	88.1 % (111)	88 % (95)	1
Score total AUDIT	1 [0-3]	1 [0-2]	0.188
Mésusage en alcool	7.1 % (9)	0.9 % (1)	0.022
Consommation tabac	21.6 % (27)	20.6 % (22)	0.974
Score total Fagerström	0 [0-0]	0 [0-0]	0.561
Dépendance au tabac	7.2 % (9)	3.7 % (4)	0.392
Consommation cannabis	4.8 % (6)	2.8 % (3)	0.51
Score total CAST	0 [0-0]	0 [0-0]	0.232
Usage à risque cannabis	2.4 % (3)	1.9 % (2)	1
Consommation drogues	2.4 % (3)	0 % (0)	0.25
Score total BES	11.5 [5-19]	9 [5-15]	0.044
Hyperphagie boulimique	31.1 % (38)	16 % (17)	0.012
Score total EQVOD	109 [91-127.3]	113.5 [100.8-130]	0.027
Score EQVOD psychologique	36 [27.5-47]	37.5 [29.8-46]	0.4
Score EQVOD sexe	15 [8-18]	16 [13-19]	0.068
Score EQVOD régime	15 [11-18.3]	15 [12-18]	0.583
Score EQVOD physique	33 [25.8-40]	34 [27-41]	0.197
Score EQVOD bien être	14 [10-17]	14.5 [11-18]	0.093
Score total HADS	15 [10.8-20]	13 [9.8-18]	0.07
Score HADS anxiété	9 [7-12]	8 [5-11]	0.036
Anxiété	37.9 % (47)	27.8 % (30)	0.135
Score HADS dépression	5.5 [4-9]	6 [3-8]	0.557
Dépression	13.7 % (17)	8.3 % (9)	0.277
Anxiété et dépression	9.7 % (12)	5.6 % (6)	0.174

Visite M12	Prise en charge chirurgicale		
	Non (n=126)	Oui (n=108)	p
Poids	107.5 [94.8-122]	92.4 [80.5-102.6]	<0.001
Différence de poids	1.5 [-1.8-4.6]	22 [16.5-31.6]	<0.001
IMC	39.1 [34.7-44.1]	33.4 [30-37.7]	<0.001
Différence d'IMC	0.6 [-0.6-1.7]	8.2 [6.2-11.5]	<0.001
Tour de taille	118 [110-129.5]	99 [92.5-111]	<0.001
Différence de tour de taille	0 [-4-7.5]	21 [13.3-28.4]	<0.001
Prise en charge médicale	100 % (126)	99.1 % (107)	0.462
Prise en charge diététique	98.4 % (124)	99.1 % (107)	1
Prise en charge psychologique	83.3 % (105)	95.4 % (103)	0.007
Activité physique	74.6 % (94)	98.1 % (106)	<0.001
Score total AUDIT	1 [0-2.3]	0 [0-0]	<0.001
Mésusage en alcool	5.8 % (7)	0 % (0)	0.02
Différence score AUDIT	0 [0-1]	1 [0-2]	<0.001
Consommation tabac	22.5 % (27)	21.7 % (20)	1
Score total Fagerström	0 [0-0]	0 [0-0]	0.367
Dépendance au tabac	4.2 % (5)	3.3 % (3)	1
Différence score Fagerström	0 [0-0]	0 [0-0]	0.567
Consommation cannabis	3.4 % (4)	2.2 % (2)	0.698
Score total CAST	0 [0-0]	0 [0-0]	0.429
Usage à risque cannabis	0.8 % (1)	1.1 % (1)	1
Différence score CAST	0 [0-0]	0 [0-0]	0.469
Consommation drogues	3.4 % (4)	0 % (0)	0.133
Score total BES	7 [3-13]	1 [0-3]	<0.001
Hyperphagie boulimique	14.8 % (17)	2.2 % (2)	0.004
Différence score BES	3 [-1-10]	6 [3-11.8]	<0.001
Score total EQVOD	117 [89-132]	139 [127-154]	<0.001
Différence score EQVOD	6 [-5.3-16.3]	24 [10-38]	<0.001
Différence score EQVOD > 10	40.5 % (47)	76.4 % (68)	<0.001
Différence score EQVOD > 15	30.2 % (35)	67.4 % (60)	<0.001
Différence score EQVOD > -10	19.9 % (23)	6.7 % (6)	0.014
Différence score EQVOD > -15	15.5 % (18)	5.6 % (5)	0.045
Score EQVOD physique	37 [27-43]	47 [41-51]	<0.001
Différence EQVOD physique	3 [-1-7]	10 [5.8-17.3]	<0.001
Score EQVOD psychologique	39 [30-48.5]	48 [42-53]	<0.001
Différence EQVOD psychologique	2 [-1-8]	8 [3-14]	<0.001
Score EQVOD sexe	17 [10-19]	18 [15-20]	0.003
Différence EQVOD sexe	0 [0-2]	1 [0-4]	0.007
Score EQVOD bien être	13 [9-17]	16 [13-20]	<0.001
Différence EQVOD bien être	0 [-2.5-2.5]	1 [-1.25-4]	0.012
Score EQVOD régime	15 [11-20]	17 [13-21]	0.058
Différence EQVOD régime	1 [-3-4]	1 [-2-4.3]	0.33
Score total HADS	13 [10-18.8]	9 [6-12]	<0.001
Différence score HADS	1 [-2-4.3]	4 [1-8]	<0.001
Score HADS anxiété	8 [6-11.8]	6 [4-9]	<0.001
Différence HADS anxiété	1 [-2-3]	1 [0-3.5]	0.048
Anxiété	29.7 % (35)	14.3 % (13)	0.014
Score HADS dépression	5 [4-8]	3 [1-4]	<0.001
Différence HADS dépression	0 [-1-2]	2 [0.5-5]	<0.001
Dépression	11.9 % (14)	0 % (0)	0.002
Anxiété et dépression	10.2 % (12)	0 % (0)	0.002

Annexe 10 : Analyse comparative univariée - variable réalisation visite M12

Données exprimées en pourcentage (effectif) ou médiane [1er et 3ème quartile].

Visite M0	Visite à M12 réalisée		p
	Non (n=219)	Oui (n=234)	
Sexe féminin	70.3 % (154)	74.8 % (175)	0.337
Age	45 [33-57]	45.5 [35-57]	0.679
Taille	1.7 [1.6-1.7]	1.7 [1.6-1.7]	0.799
Poids	109.6 [97.3-128.5]	113 [101.1-126]	0.209
IMC	40.3 [36.5-44.4]	40.8 [37.6-44.4]	0.177
Tour de taille	120 [108.5-131]	122 [112-131.3]	0.455
ATCD familiaux d'obésité	55.1 % (119)	62.7 % (146)	0.125
ATCD personnel de traumatisme sexuel	8.7 % (19)	12.2 % (28)	0.291
Prise en charge médicale	99.5 % (218)	99.1 % (232)	1
Prise en charge psychologique	80.8 % (177)	81.6 % (191)	0.922
Activité physique	90.4 % (198)	88 % (206)	0.508
Prise en charge chirurgicale	51.1 % (112)	59 % (138)	0.114
Score total AUDIT	1 [0-2]	1 [0-2]	0.320
Mésusage en alcool	4.5 % (9)	4.3 % (10)	1
Consommation tabac	23.5 % (47)	21.1 % (49)	0.633
Score total Fagerström	0 [0-0]	0 [0-0]	0.477
Dépendance au tabac	7 % (14)	5.6 % (13)	0.690
Consommation cannabis	5 % (10)	3.9 % (9)	0.733
Score total CAST	0 [0-0]	0 [0-0]	0.740
Usage à risque cannabis	3 % (6)	2.1 % (5)	0.797
Consommation drogues	0 % (0)	1.3 % (3)	0.252
Score total BES	10.5 [5-19]	10 [5-17]	0.395
Hyperphagie boulimique	29.8 % (56)	24.1 % (55)	0.235
Score total EQVOD	114.5 [90-131.8]	111 [94-129]	0.637
Score EQVOD physique	34 [26-40]	34 [26.8-40]	0.724
Score EQVOD psychologique	39 [28-45]	36 [28-46]	0.762
Score EQVOD sexe	16 [11-19]	15 [10-18.3]	0.146
Score EQVOD bien-être	13 [10-17.5]	14 [11-17]	0.168
Score EQVOD régime	15 [10-19]	15 [11.5-18]	0.469
Score total HADS	14 [10-18.5]	15 [10-19]	0.479
Score HADS anxiété	9 [6-11]	8 [6-12]	0.937
Anxiété	32.3 % (63)	33.2 % (77)	0.928
Score HADS dépression	5 [3-7.5]	6 [4-8]	0.273
Dépression	11.3 % (22)	11.2 % (26)	1
Anxiété et dépression	7.2 % (14)	7.8 % (18)	0.974

Annexe 11 : Analyse comparative univariée - variable questionnaire EQVOD rempli en entier

Données exprimées en pourcentage (effectif) ou médiane [1er et 3ème quartile].

Visite M0	Score EQVOD rempli en entier		
	Non (n=333)	Oui (n=120)	<i>p</i>
Age	47 [34-59]	41.5 [34.8-50.3]	0.024
Sexe féminin	72.1 % (240)	74.2 % (89)	0.748
Taille	1.65 [1.6-1.7]	1.7 [1.6-1.7]	0.553
Poids	111 [98-127]	111.5 [103-126.2]	0.345
IMC	40.4 [36.7-44.5]	41 [37.8-44.4]	0.184
Tour de taille	121 [110-131]	121 [112-132]	0.882
ATCD familiaux d'obésité	57.1 % (188)	64.2 % (77)	0.218
ATCD personnel de traumatisme sexuel	10 % (33)	11.9 % (14)	0.702
Prise en charge médicale	99.1 % (330)	100 % (120)	0.569
Prise en charge psychologique	81.7 % (272)	80 % (96)	0.789
Activité physique	88.6 % (295)	90.8 % (109)	0.612
Score total AUDIT	1 [0-3]	1 [0-2]	0.279
Consommation tabac	22 % (69)	22.7 % (27)	0.989
Mésusage en alcool	5.1 % (16)	2.5 % (3)	0.352
Score total Fagerström	0 [0-0]	0 [0-0]	0.844
Dépendance au tabac	6.7 % (21)	5 % (6)	0.677
Consommation cannabis	4.8 % (15)	3.3 % (4)	0.688
Score total CAST	0 [0-0]	0 [0-0]	0.406
Usage à risque cannabis	2.9 % (9)	1.7 % (2)	0.735
Consommation drogues	0.9 % (3)	0 % (0)	0.564
Score total BES	10 [5-18]	10 [6-17.8]	0.77
Hyperphagie boulimique	27.2 % (81)	25.4 % (30)	0.808
Score total EQVOD	110 [90-129.8]	115.5 [101.8-132.3]	0.016
Score EQVOD physique	34 [25.5-40]	34 [29-39.3]	0.529
Score EQVOD psychologique	37 [27.3-45]	38 [30-46]	0.212
Score EQVOD sexe	16 [10-19]	16 [12-19]	0.309
Score EQVOD bien être	13 [10-17]	15 [11-17]	0.181
Score EQVOD régime	15 [10-18]	15 [11.8-19]	0.357
Score total HADS	14 [10-19]	13 [9.8-19]	0.438
Score HADS anxiété	9 [6-11.5]	8 [5.8-11]	0.323
Anxiété	33.9 % (104)	30 % (36)	0.514
Score HADS dépression	6 [3-8]	5 [3.75-8]	0.934
Dépression	11.4 % (35)	10.8 % (13)	1
Anxiété et dépression	7.2 % (22)	8.3 % (10)	0.377

Visite M12	Score EQVOD rempli en entier		
	Non (n=333)	Oui (n=120)	p
Poids	101.5 [87.1-115.6]	99 [89-114.3]	0.958
Différence de poids	7.5 [0.5-21.3]	10.5 [1.4-22]	0.278
IMC	36.8 [32-40.8]	36.5 [32.9-41.2]	0.905
Différence d'IMC	2.8 [0.2-7.7]	3.9 [0.5-7.9]	0.29
Tour de taille	117 [105.3-125]	110 [94.8-120]	0.058
Différence de tour de taille	2.5 [-3.9-9]	10 [0-20.5]	0.012
Prise en charge médicale	99.1 % (113)	100 % (120)	0.487
Prise en charge diététique	98.2 % (112)	99.2 % (119)	0.614
Prise en charge psychologique	86 % (98)	91.7 % (110)	0.238
Activité physique	81.6 % (93)	89.2 % (107)	0.144
Prise en charge chirurgicale	40.4 % (46)	51.7 % (62)	0.109
Score total AUDIT	0 [0-2]	0 [0-1]	0.722
Mésusage en alcool	3.3 % (3)	3.3 % (4)	1
Différence score AUDIT	0 [0-1]	0 [0-1]	0.146
Consommation tabac	19.4 % (18)	24.2 % (29)	0.501
Score total Fagerström	0 [0-0]	0 [0-0]	0.602
Dépendance au tabac	3.2 % (3)	4.2 % (5)	1
Différence score Fagerström	0 [0-0]	0 [0-0]	0.951
Consommation cannabis	1.1 % (1)	4.2 % (5)	0.235
Score total CAST	0 [0-0]	0 [0-0]	0.725
Usage à risque cannabis	1.1 % (1)	0.8 % (1)	1
Différence score CAST	0 [0-0]	0 [0-0]	0.364
Consommation drogues	2.1 % (2)	1.7 % (2)	1
Score total BES	3 [1-9.5]	3 [1-9]	0.773
Hyperphagie boulimique	10.3 % (9)	8.4 % (10)	0.817
Différence score BES	4 [0-10]	5.5 [1-11]	0.147
Score total EQVOD	111 [85.5-132]	132.5 [119.8-150.3]	<0.001
Différence score EQVOD	8 [-10-28]	15 [5.8-28.5]	0.045
Différence score EQVOD > 10	45.9 % (39)	63.3 % (76)	0.019
Différence score EQVOD > 15	36.5 % (31)	53.3 % (64)	0.025
Différence score EQVOD > -10	25.9 % (22)	5.8 % (7)	<0.001
Différence score EQVOD > -15	21.2 % (18)	4.2 % (5)	<0.001
Score EQVOD physique	36 [27-46]	42 [38-49]	<0.001
Différence EQVOD physique	4 [-1-11.5]	7 [2-12]	0.069
Score EQVOD psychologique	40 [31.8-48]	46.5 [38.8-52]	<0.001
Différence EQVOD psychologique	2 [-2-10]	5.5 [2-10.3]	0.011
Score EQVOD sexe	16 [10-20]	17.5 [15-20]	0.04
Différence EQVOD sexe	0 [0-3]	1 [0-3]	0.553
Score EQVOD bien être	13 [11-19]	15 [11.75-18]	0.471
Différence EQVOD bien être	0 [-2-4]	0 [-2-3]	0.631
Score EQVOD régime	15 [11-20.3]	17 [12-20.3]	0.246
Différence EQVOD régime	0 [-3-4]	1 [-2-4]	0.787
Score total HADS	12 [9-16]	11 [7-15]	0.036
Différence score HADS	2 [-2-5]	3 [-0.25-7]	0.108
Score HADS anxiété	7 [5-10]	7 [5-10]	0.242
Différence HADS anxiété	1 [-1-3]	1 [-1-3]	0.719
Anxiété	23.6 % (21)	22.5 % (27)	0.984
Score HADS dépression	5 [3-8]	4 [2-6]	0.004
Différence HADS dépression	1 [-1-2]	2 [-1-4]	0.018
Dépression	10.1 % (9)	4.2 % (5)	0.156
Anxiété et dépression	7.9 % (7)	4.2 % (5)	0.523

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Laure BENEDETTI

THESE DE MEDECINE GENERALE

Titre : Évolution de la qualité de vie des patients atteints d'obésité lors de leur prise en charge au CHU de Nîmes

Introduction : L'obésité est un problème de santé publique par sa fréquence et ses nombreuses conséquences médicales, économiques et sociales. Des études montrent que la qualité de vie des personnes obèses est altérée. L'objectif de cette étude est d'observer l'évolution de la qualité de vie à 1 an des patients atteints d'obésité lors de leur prise en charge à la clinique de l'obésité du CHU de Nîmes.

Méthodes : 453 patients ont été inclus dans l'étude. Les données médicales des patients ont été analysées lors de leur visite à l'inclusion puis 1 an plus tard. La qualité de vie est évaluée à l'aide de l'échelle EQVOD. Les patients ont également rempli plusieurs questionnaires sur leur mode de vie, leur consommation de toxiques et leur état de santé physique et psychique.

Résultats : 56.10% des patients ont amélioré significativement leur qualité de vie à 1 an de leur prise en charge. On remarque également une diminution significative du poids et de l'IMC à 1 an. D'autres facteurs s'améliorent en parallèle comme la dépression, l'anxiété, les troubles du comportement alimentaire et les consommations de toxiques.

Conclusion : Les résultats peuvent s'expliquer par la perte de poids des patients, ainsi que l'amélioration de leur santé physique et mentale. Une prise en charge multifactorielle de l'obésité est essentielle pour améliorer la qualité de vie des patients obèses.

Mots clés : Obésité, Indice de Masse Corporel (IMC), Prise en charge de l'obésité, Qualité de vie, Qualité de Vie Liée à la Santé (QLVS)