

Obésité : deux études de l'Assurance Maladie

La progression de l'obésité dans le monde est préoccupante en terme de santé publique. En effet non seulement l'excès de poids peut être handicapant lorsqu'il s'agit d'obésité sévère, mais il est aussi à l'origine de nombreuses pathologies telles que le diabète, les dyslipidémies, les maladies cardio-vasculaires et respiratoires... On peut donc légitimement s'inquiéter de cette progression qui a aussi une incidence sur les dépenses de soins. En France, la loi de programmation de santé publique de 2003 a fait de cet enjeu l'un de ses objectifs prioritaires.

Face à cette situation, l'Assurance Maladie agit à plusieurs niveaux : elle apporte son financement au « Programme National Nutrition Santé » lancée en 2001 par la Direction Générale de la Santé (DGS), et, par ailleurs, met son expertise au service de l'analyse des dépenses et de la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux. Objectif : dépenser mieux en soignant mieux.

A ce titre, l'Assurance Maladie publie, à partir de l'enquête décennale santé réalisée par l'INSEE en 2002/2003, la première étude en France de la consommation médicale par rapport à la corpulence. Elle y analyse le montant et les caractéristiques des dépenses de soins de ville en fonction du poids.

L'Assurance Maladie publie également le second volet de son enquête sur la chirurgie de l'obésité, portant sur l'état de santé de plus de 1 000 patients ayant été opérés un an auparavant dans des établissements différents.

1 - Corpulence et consommation médicale

Cette étude montre que 10,2 % de la population âgée de 20 à 64 ans est obèse. Elle souligne également l'accélération brutale de ces dernières années : la proportion d'hommes obèses qui était stable entre 1980 (6,4%) et 1991 (6,5%) a atteint 10,1% en 2003¹. Pour les femmes on observait déjà une progression entre 1980 (6,3%) et 1991 (7,3%) mais le taux est passé à 10,5% en 2003.

Et bien que l'âge soit un facteur aggravant, cette maladie concerne aussi les plus jeunes : près de 12% des moins de 18 ans présentent une obésité, soit plus de 1,5 millions et 13% des enfants de 4 à 16 ans.

Comme dans de nombreux domaines, on observe des disparités géographiques marquées. Ainsi, les départements du Nord sont plus touchés que l'Ouest de la France, mais on peut s'interroger sur les disparités régionales entre les adultes et les enfants. Ainsi les adultes demeurant dans le Sud de la France sont plus souvent de poids normal alors que la proportion d'enfants obèses est de 17% dans le Languedoc Roussillon. Cette évolution semble annoncer la poursuite du développement de cette pathologie déjà observée ces dernières années puisque des régions épargnées jusqu'ici sont à leur tour touchées par l'augmentation de l'obésité.

La consommation médicale des adultes obèses est supérieure de 27% à celles des personnes de poids normal et de 39 % pour la pharmacie.

¹ Sources Enquête santé INSEE 1980, 1991, 2003

En revanche, les dépenses de soins de ville des enfants obèses sont égales à celles des enfants de poids normal. De plus, 4,4% des enfants en surpoids ne consomment pas de soins de ville, alors que les enfants de poids normal ne sont que 3,4% à ne pas avoir de soins de ville sur une année complète. Ce constat mérite d'approfondir l'étude de la surveillance médicale de ces enfants.

2 - Chirurgie de l'obésité que deviennent les patients un an après ?

La chirurgie fait partie de l'arsenal thérapeutique de l'obésité sévère et morbide lorsqu'il est impossible d'obtenir et de maintenir à long terme un amaigrissement suffisant par des mesures médicales. Depuis l'apparition de la technique de pose d'anneaux gastriques en 1994, les actes de chirurgie digestive pour obésité avaient très fortement augmenté : 16 000 actes en 2002 contre 2000 en 1995.

Toutefois, après l'enquête de l'Assurance Maladie, le nombre d'intervention est passé à 10 000 en 2003.

Face à cette situation, l'Assurance Maladie a souhaité vérifier que ces actes – relativement nouveaux - étaient réalisés conformément aux recommandations scientifiques existantes, élaborées par la communauté médicale avec l'appui de l'ANAES en 1998. Elle a dressé un état des lieux approfondi de la prise en charge chirurgicale de 2 069 patients opérés, ou qui avaient une opération programmée, durant une même période (décembre 2002-janvier 2003)².

L'Assurance Maladie a souhaité compléter l'étude initiale par un programme de suivi sur 3 ans des 1 238 patients opérés en décembre 2002 et janvier 2003 afin d'évaluer les résultats à moyen et long terme des différentes techniques chirurgicales et des matériels utilisés.

Un an après :

- la perte de poids est de 26 kg en moyenne, la surcharge pondérale a diminué de 45% en moyenne ;
- les pathologies concernant les appareils respiratoires, cardio-vasculaires, locomoteurs et les troubles métaboliques (diabète, hyperlipidémie) ont été améliorées dans 60 à 80% des cas ;
- 97% des patients ont revu leur chirurgien mais en revanche ils ne sont que 4% à avoir un suivi médical pluri-disciplinaire recommandé par l'ANAES ;
- 57,7% des patients présentent des effets secondaires et 23,5% des complications, plus d'un tiers des patients n'ont aucun de ces deux problèmes.

Les résultats corroborent ceux qui ont déjà été observés dans d'autres enquêtes sur la perte de poids, la satisfaction du patient et l'amélioration des pathologies associées, qui soulignent également la fréquence des effets secondaires et des complications liés à ces interventions. Cette fréquence est légèrement plus élevée que celle observée dans les études réalisées dans le cadre d'une prise en charge encadrée par des équipes chirurgicales locales confirmées.

L'étude de l'Assurance Maladie confirme la nécessité d'un encadrement de la pratique de la chirurgie bariatrique en France. Un cahier des charges national doit être établi pour aboutir à un nombre plus réduit d'équipes, avec un environnement technique et des moyens humains adaptés, s'engageant sur une activité minimale annuelle, le respect des recommandations, un suivi organisé et offrant le choix des différentes techniques aux patients.

² Voir dans www.ameli.fr /espace presse "Chirurgie digestive de l'obésité : qui sont les patients et comment sont ils pris en charge", 10 mars 2004.

CORPULENCE ET CONSOMMATION MEDICALE

L'analyse de la consommation médicale des personnes atteintes d'obésité a été faite en appariant les données de l'enquête décennale santé de l'INSEE (2002-2003) (auprès de 16 848 ménages, soit 40 000 personnes) avec celles de la consommation médicale issue des fichiers de l'assurance maladie (voir page13).

I - Les adultes de 20 à 64 ans

10% des adultes souffrent d'obésité

Corpulence des adultes par sexe :

	Hommes	Femmes	Total
Poids insuffisant	1,4%	6,3%	3,9%
Poids normal	52,2%	61,5%	56,9%
Embonpoint	36,3%	21,7%	29,0%
Obésité modérée	8,4%	7,9%	8,1%
Obésité sévère	1,3%	2,0%	1,6%
Obésité massive	0,4%	0,7%	0,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

} 10,2%

Source : Enquête Santé INSEE

Plus de 10% de la population adulte présentent une obésité (respectivement 10,1% pour les hommes et 10,5% pour les femmes), soit plus de 3,4 millions de personnes.

L'embonpoint est plutôt le fait des hommes et les obésités sévères et massives sont surtout le fait des femmes.

La proportion d'obèses a beaucoup augmenté au cours du temps, avec une accélération brutale, puisque ce taux est passé pour les hommes de 6,4% en 1980 à 6,5% en 1991 pour atteindre 10,1% en 2003 et pour les femmes de 6,3% en 1980 à 7,0% en 1991 et enfin 10,5% en 2003 (Source Enquête santé INSEE 1980, 1991 et 2003). Pour certains médecins, cette tendance s'explique comme un rattrapage du « retard » de la France par rapport à d'autres pays comme les Etats-Unis ou le Royaume Uni.

Les 50-59 ans sont majoritaires (30%) chez les personnes obèses ou souffrant d'un embonpoint.

§ Le mode de vie

Plus d'inactifs

Même si 60% des obèses occupent un emploi, les personnes inactives (y compris les personnes au foyer, celles ne touchant qu'une pension de réversion et les personnes invalides) y sont plus représentées que parmi celles de poids normal ou souffrant d'un embonpoint. Par ailleurs, plus l'obésité est importante et moins les personnes sont actives : 62% d'actifs souffrant d'obésité modérée pour 55% parmi les personnes souffrant d'obésité sévère et 41% pour l'obésité massive.

La proportion d'« autres inactifs » c'est-à-dire les personnes inactives qui ne sont ni au foyer, ni chômeur, ni à la retraite et ni en formation (personnes invalides, etc.) augmente fortement avec le poids : 5% pour l'obésité modérée, 11% pour l'obésité sévère et 16% pour l'obésité morbide alors que ce taux est de 3-4% pour les autres corpulences.

Il est probable que l'obésité favorise « l'inactivité » car elle peut conduire, surtout si elle est importante, à une invalidité.

Ainsi la proportion d'inactifs pour raison de santé, que ce soit des femmes au foyer ou des « autres inactifs », augmente avec la corpulence puisqu'elle passe de 22% pour les personnes de poids normal au double (44%) pour les personnes d'obésité sévère ou massive.

La prise de poids n'est pas le signe d'une vie aisée, bien au contraire

Les manœuvres, ouvriers (qualifiés ou spécialisés) et agents de maîtrise dirigeant des ouvriers regroupent le plus d'obèses : de 12% à 14% pour ces catégories.

Plus la position professionnelle de l'emploi progresse sur l'échelle sociale et moins les personnes sont touchées par des problèmes de poids.

Plus exactement, les individus de poids « normal » se retrouvent plutôt chez des professions « intellectuelles » (instituteurs, professeurs, ...) pas forcément dans une catégorie socioprofessionnelle à hauts revenus. Ainsi, par exemple, 60% des ingénieurs et cadres ont un poids normal pour plus de 65% des instituteurs et des professeurs.

L'analyse de la répartition de l'IMC avec le niveau d'étude atteint confirme ce constat. Les personnes qui ont atteint un niveau d'enseignement supérieur sont les plus représentées parmi les personnes de poids normal.

D'importantes disparités régionales

Les régions du Nord-Est, la Normandie ainsi que la région Centre comptent les proportions d'obèses les plus importantes.

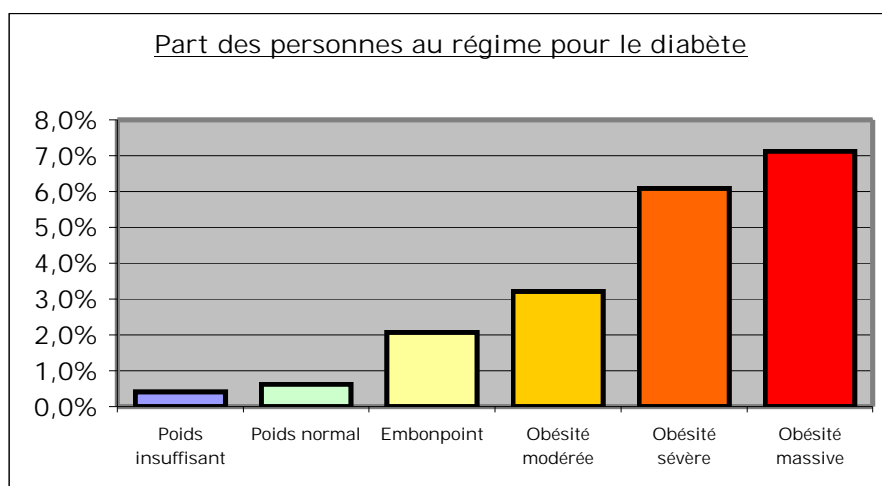
A l'opposé les régions du Sud mais aussi la Bretagne, l'Île-de-France et les régions Ouest se révèlent être des régions où la « normalité » de poids est plus importante que la moyenne nationale.

D'importantes disparités existent donc entre régions, ainsi la proportion d'obèses (non standardisé par âge) peut varier du simple au double. Elle peut passer respectivement de 16,3% de la population générale en Alsace et de 15,2% dans le Nord Pas-de-Calais à 7,6% en Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

Les régimes et l'alimentation

Quel que soit leur poids, 90% des personnes répondantes ne suivaient pas de régime au cours de l'enquête. La proportion de personnes suivant un régime augmente avec l'IMC, et 70% des personnes souffrant d'obésité sévère et massive ont déjà essayé de perdre plus de 5 kilogrammes au cours de leur vie. Cependant, moins d'un tiers des personnes souffrant d'obésité massive suivait un régime au moment de l'enquête.

L'obésité favorisant l'apparition du diabète, le suivi d'un régime pour diabétique augmente fortement avec l'IMC : 7,1% des personnes souffrant d'obésité massive suivent ce type de régime contre 0,6% des personnes de poids normal (voir graphique page suivante).



A plus de 40% et quelle que soit leur corpulence, les individus enquêtés répondent que leur alimentation est plutôt équilibrée en terme de variété et de régularité. Les personnes souffrant d'obésité affirment plus facilement

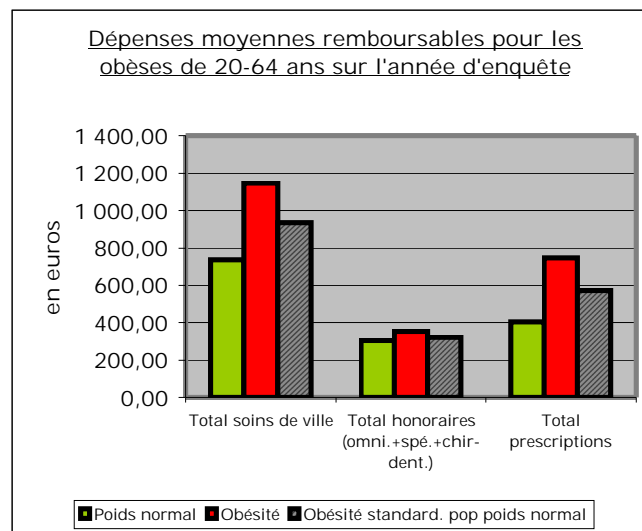
que les autres adopter une alimentation non équilibrée : elles sont 27% à le reconnaître contre 16% chez les personnes de poids normal.

La très grande majorité des personnes, quel que soit leur poids, (à l'exception des personnes atteintes d'obésité massive) se déclare en bonne santé : 63% des obèses déclarent leur état de santé bon ou très bon. Cependant, plus l'IMC augmente (hormis personnes de poids insuffisant) plus les individus estiment leur état de santé moyen, mauvais ou très mauvais.

§ La consommation de soins des personnes atteintes d'obésité

A âge identique, les personnes atteintes d'obésité ont deux fois plus de risques d'avoir une affection de longue durée que les personnes de poids normal.

3,6% des obèses n'ont pas eu de dépenses de soins de ville ou d'hospitalisation (hors budget global) sur l'année de l'enquête (4,5% des personnes de poids normal).



La dépense remboursable moyenne annuelle de soins de ville des personnes obèses tout âge confondu est supérieure de 56% à celle des personnes de poids normal, mais ce pourcentage est lié à l'effet âge (en effet les personnes de 50-59 ans sont majoritaires chez les obèses).

En réalité, à âge comparable, les dépenses des personnes obèses sont supérieures de 27% à celles des personnes de poids normal. Par rapport aux personnes de poids normal, la consommation est supérieure de 7%, pour les consultations de médecins ou de dentistes, de 41% pour les prescriptions et de 39% pour la seule pharmacie.

Les obèses consultent plus spécifiquement des cardiologues, des rhumatologues, des pneumologues et des diabétologues

En proportion, les obèses fréquentent plus spécifiquement des nutritionnistes, mais aussi des diabétologues (le diabète touche 30% de patients obèses et 75 à 80% des diabétiques de type 2 ont, ou ont eu, un excès de poids³), des endocrinologues, des pneumologues (la dyspnée pour des efforts peu importants est une complication très fréquente de l'obésité), des rhumatologues (les arthroses des genoux et des hanches ainsi que les lombalgies sont fréquentes chez des personnes souffrant d'obésité massive) et des cardiologues (complications cardiaques liées à l'obésité et au syndrome d'apnée du sommeil courante chez les obèses).

³ Centre de recherche et d'informations nutritionnelles

2 - CORPULENCE ET CONSOMMATION MEDICALE DES MOINS DE 18 ANS

Près de 12% des enfants de moins de 18 ans sont atteints d'obésité

Corpulence par sexe pour les moins de 18 ans :

	Garçons	Filles	Total
Poids insuffisant	6,8%	6,5%	6,7%
Poids normal	80,2%	83,2%	81,6%
Obésité	12,9%	10,4%	11,7%
dont obésité de type 2 (pour enfants de 2 ans et +)	4,1%	3,8%	3,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Enquête Santé INSEE

Près de 12% des enfants de moins de 18 ans présentent une obésité, soit plus de 1,5 millions d'enfants. Ce résultat est inférieur à celui observé par ailleurs où le chiffre de 16% d'enfants d'âge scolaire en excès de poids en France est avancé. Mais ce chiffre peut être comparé au 13% d'enfants de 4 à 16 ans présentant une obésité de l'enquête santé INSEE.

Les garçons sont plus fréquemment en excès de poids que les filles : près de 13% des garçons présentent une obésité pour 10,4% des filles. Cependant, parmi ceux ayant un poids supérieur à la normale, il y a plus de filles obèses de degré 2 que de garçons : 36% des filles de 2 à 17 ans peuvent être qualifiées d'obèses de degré 2⁴ parmi celles présentant une obésité pour 31% des garçons.

Au total, chez les garçons comme chez les filles, 4% des enfants de 2 à 17 ans sont obèses de degré 2.

Plus de 13% des enfants de 4 à 12 ans sont en excès de poids. Un pic maximal est observé entre 8 et 9 ans où respectivement 19 et 17% de ces enfants présentent une obésité.

Enfin, 10 % des enfants de moins d'un an sont obèses. Est par exemple considéré comme obèse un enfant de 13 mois et pesant 12 kg.

Ces observations sont préoccupantes dans la mesure où le surpoids entre 5 et 7 ans est souvent prédictif d'une obésité à l'âge adulte, c'est justement à ces âges que la corpulence doit être la plus basse, le rebond d'adiposité devant survenir après 6 ans.

⁴ Le degré 2 est une norme internationale pour mesurer l'obésité des enfants, qui correspond à une obésité plus sévère que le degré 1 qui est la norme française. Voir le schéma des deux courbes en annexe.

La prévalence du surpoids chez l'enfant est liée à celle de l'adulte dans un même ménage.

Plus de 61% des enfants de plus de 2 ans considérés comme obèses de degré 2 vivent dans un foyer avec un parent obèse ou en surcharge pondérale. Cette proportion baisse à 44% pour les enfants de poids normal.

Ces chiffres sont certainement en deçà d'une certaine réalité puisqu'un seul adulte du même ménage (la personne référente par rapport au questionnement de l'enquête) est pris en compte, soit dans la plupart des cas l'un des deux parents.

Le milieu social influe sur la prévalence de l'excès de poids chez les enfants

Comme pour les adultes, c'est dans les familles de manoeuvre, ouvrier spécialisé ou employé de bureau que la proportion d'enfant présentant une obésité est la plus forte (respectivement 17 et 15%). On y retrouve également la proportion d'obèses de degré 2 la plus importante (plus de 5%).

A l'opposé, les ingénieurs et cadres ainsi que les professeurs ont moins de 1,5% d'enfants obèses de degré 2.

D'importantes disparités régionales existent, mais différentes de celles des adultes⁵

La prévalence de l'obésité des enfants de moins de 18 ans par région varie de 6,4% en Poitou-Charentes à 17% en Languedoc-Roussillon.

Le clivage Nord-Est/Sud-Ouest observable chez les adultes ne l'est pas pour les enfants bien que les régions de l'Ouest (façade atlantique) restent assez préservées avec un taux d'obésité inférieur à la moyenne nationale (11,7%). Les régions les plus touchées forment une bande s'étalant du Nord-Pas-de-Calais au Limousin passant par l'Île-de-France. Les régions bordant la Méditerranée sont également très touchées, régions épargnées pour les adultes.

Contrairement aux adultes, les enfants en surpoids consomment moins de soins médicaux

4,4% pour les enfants souffrant d'obésité et 4,6% pour les enfants atteints d'obésité de type 2 (norme internationale) n'ont pas consommé de soins médicaux (soins de ville et hospitalisation hors budget global) alors que les enfants de poids normal ne sont que 3,4% dans ce cas. Ce constat permet de se poser la question de la surveillance médicale des enfants en surpoids.

Les enfants obèses ont le même montant de dépenses que ceux de poids normal mais leur consommation de soins est différente.

Ainsi, les enfants obèses présentent un peu plus de remboursements de prescriptions (+6%) et un peu moins de remboursements liés aux honoraires (-12%) et plus spécialement aux honoraires de spécialistes et de dentistes. Le profil de consommation médicale de soins de ville des enfants ne répond pas seulement à l'état de santé de ces enfants mais aussi aux habitudes de consommation de leurs parents, influencées par des facteurs culturels et socio-économiques.

L'obésité des enfants de moins de 2 ans est à prendre à part car cela correspond à un âge de forte consommation de soins médicaux pour tous les enfants du même âge (examens obligatoires, etc.).

Les résultats complets de cette étude seront publiés dans le Point Stat n° 42 qui sera mis en ligne prochainement sur www.ameli.fr / Connaître l'Assurance Maladie / Actualités statistiques

Contacts Presse :

Dorothee Hannotin (01 42 79 30 02
dorothee.hannotin@cnamts.fr

Clémentine Mervelet (01 72 60 26 38

⁵ Voir les cartes en annexe 3

CHIRURGIE DE L'OBESITE : QUE DEVIENNENT LES PATIENTS UN AN APRES AVOIR ETE OPERES ?

Pour 1 236 patients opérés entre décembre 2002 et janvier 2003, 1 082⁶ questionnaires ont été remplis (soit 87,3%), 57 personnes n'ont pas souhaité répondre, 95 n'ont pas été retrouvées,

La perte de poids

946 (87,3 %) patients ont eu la pose d'un anneau de gastroplastie ajustable, 93 patients ont eu une gastroplastie verticale calibrée (Mason), 41 patients ont été opérés par Gastric by pass et enfin 3 patients par dérivation bilio pancréatique (voir annexe).

Un an après, la perte de poids est de 26 kg en moyenne, la surcharge pondérale ayant diminué en moyenne de 45%.

La plus forte perte de poids est liée à la technique de Gastric by pass : perte de 44 kg en moyenne.

L'amélioration de la santé

Une amélioration des co-morbidités concernant les appareils respiratoire, cardio-vasculaire, locomoteur et les troubles métaboliques (diabète, hyper lipidémie ...) existe dans 60 à 80% des cas selon le type de maladie et de technique utilisée.

93 % des 1012 patients ayant répondu au questionnaire sur la qualité de vie déclarent se sentir beaucoup mieux et 8 patients sur 10 sont prêts à conseiller une intervention à leurs proches.

Le suivi médical

En terme de suivi médical, on constate que 97% des patients sont revus par leur chirurgien qu'ils ont consultés en moyenne 5 fois depuis l'intervention initiale. Ils sont en revanche moins de 4% à être suivi par d'autres professionnels alors que les recommandations médicales insistent sur la nécessité d'une prise en charge des malades par une équipe pluri-disciplinaire (diététicien, psychologues, etc.) avant l'intervention et après.

85% des patients ayant un anneau de gastroplastie ont eu un recalibrage de leur anneau.

Les complications et effets secondaires

Un peu plus d'un tiers des patients (35,7%) ne présente ni effets secondaires ni complications. Cette proportion est variable selon les techniques (anneau gastrique = 38,7%, GVC [Mason] = 21,5%, Gastric by pass = 17,1%).

57,7% des patients présentent des effets secondaires, 23,5% des complications. 9,7% des patients présentent au moins une complication générale et 16,4% au moins une complication spécifique à la technique opératoire réalisée. L'importance des effets secondaires et des complications (générales, spécifiques à la nature de l'intervention) varie selon les techniques.

Toutefois, l'enquête n'a pas permis d'apprécier les éventuelles carences en vitamines et oligo-éléments, ce qui représente un biais en particulier pour les techniques combinant réduction gastrique et malabsorption.

Les effets secondaires

Les patients opérés par GVC [Mason] et par Gastric by pass présentent des effets secondaires dans plus de 70% des cas et les patients opérés pour pose d'anneau gastrique dans plus de la moitié des cas (55,5%).

Les patients opérés pour pose d'anneau gastrique et par GVC [Mason] sont principalement sujets à des vomissements, dysphagies, reflux gastro-oesophagien et oesophagites. Les patients opérés par Gastric by pass étaient aussi concernés par les mêmes effets secondaires, mais aussi par des diarrhées et présentaient des phénomènes de Dumping Syndrom⁷.

⁶ Deux patients sont décédés, l'un suite à une ré-intervention, pour l'autre décédé par overdose de cocaïne aucune information n'a pu être recueillie par l'assurance maladie.

⁷ faiblesses, nausées, pâleurs, borborygmes.... liés à l'irruption brutale du bol alimentaire dans l'intestin.

Les complications

Les complications pariétales⁸ (46,9% des complications) représentent l'essentiel des complications des patients pour les techniques de GVC [Mason] (93,3%), les deux tiers des complications du Gastric by pass et près d'un tiers des complications générales pour les anneaux de gastroplastie ajustable.

Les complications spécifiques relatives à la technique de gastroplastie ajustable concernent principalement les complications liées au boîtier (44,4%) et le glissement de l'anneau (24,5%).

73 patients (6,8%) ont subi une ré-intervention digestive. Le taux de ré-intervention varie selon les techniques : 20% pour les patients opérés par Gastric by pass, 6,5 % pour les patients ayant un anneau de gastroplastie ajustable et 3,2% pour ceux traités par GVC [Mason].

Le motif de la ré-intervention relève bien davantage des complications (86%) que d'un échec du traitement (14%).

Les coûts

L'analyse des coûts moyens des patients six mois avant et six mois après leur intervention montre des variations selon les postes de dépenses étudiés d'une part, et les techniques chirurgicales d'autre part.

Le montant moyen remboursé à un patient dans les six mois précédant le jour de son intervention s'élève à 2 471 euros ; il n'est plus que de 1 975 euros six mois après le jour de son intervention. Cette baisse est imputable à celle des dépenses d'hospitalisation (1 294 euros six mois avant, 592 euros six mois après). Les autres postes de dépenses dans leur ensemble sont à l'inverse en augmentation, le coût moyen d'un patient passant de 1 177 euros six mois avant à 1 383 euros six mois après l'intervention.

Les coûts moyens des patients porteurs d'anneau de gastroplastie ajustable et ceux opérés pour une GVC [Mason] six mois après leur intervention initiale diminuent (de 2 363€ à 1 698€ pour les anneaux, de 3 141€ à 2 460€ pour la GVC), alors que celui observé pour les patients opérés par Gastric by pass connaît une forte augmentation (de 3 949 à 7 450 euros). La raison de l'augmentation enregistrée pour cette technique est imputable à la fréquence et aux coûts observés en matière de ré-intervention (20% de ré-interventions, coût moyen = 18 524 euros).

En conclusion

Les résultats mettant en évidence des variations entre techniques chirurgicales ne doivent pas être analysées en terme qualitatif, qui laisserait penser qu'une technique est meilleure qu'une autre. La raison en est que la population observée initialement n'est pas homogène sur l'une de ses caractéristiques essentielles, l'IMC : les patients opérés en décembre 2002 et janvier 2003 par des techniques de restriction gastrique et de malabsorption (Gastric by pass, dérivation bilio-pancréatique) présentant une obésité morbide avec un IMC > à 50 (29,2%) étaient deux fois plus nombreux que ceux traités par anneau gastrique ajustable et GVC [Mason] (14,9%).

Les données de l'enquête confirment les très bons résultats enregistrés dans d'autres enquêtes en matière de perte pondérale, d'amélioration des co-morbidités, de faible mortalité, et de satisfaction du patient. On observe que les patients bénéficient d'un très bon suivi par leur chirurgien, mais on note un manque de suivi complémentaire par des équipes multidisciplinaires.

Le principal apport de cette étude concerne la fréquence des complications et des effets secondaires à un instant t, elle est représentative au plan national : l'enquête de suivi de la cohorte du régime général a porté sur près de 90% des patients dont les interventions chirurgicales ont été réalisées pendant la même période (2 mois) dans des établissements différents, publics ou privés, par des équipes chirurgicales hétérogènes. Les précédentes enquêtes sur le même sujet sont généralement représentatives d'une prise en charge encadrée par des équipes chirurgicales locales confirmées.

⁸ éventrations, éviscérations...

Tous ces résultats confirment la nécessité d'un encadrement de la pratique de la chirurgie bariatrique en France. Un cahier des charges national doit être établi pour aboutir à un nombre plus réduit d'équipes, avec un environnement technique et des moyens humains adaptés, s'engageant sur une activité minimale annuelle, le respect des recommandations, un suivi organisé et offrant le choix des différentes techniques aux patients

Contacts Presse :

Dorothée Hannotin (01 42 79 30 02
dorothee.hannotin@cnamts.fr

Clémentine Mervelet (01 72 60 26 38

La prise en charge de l'obésité

Qu'est ce que l'obésité ?

L'obésité se définit comme un excès de masse grasse entraînant des conséquences néfastes pour la santé. L'obésité est à l'origine de nombreuses complications : cardiovasculaires (notamment l'hypertension artérielle), métaboliques (diabète de type 2, hyperlipidémie), respiratoires (syndrome d'apnée du sommeil), digestives (stéatose, reflux gastro-œsophagien, lithiase biliaire). Elle est aussi associée à une prévalence et une mortalité accrue due à certains cancers. Elle affecte par ailleurs le bien être psychologique et social.

Le risque de mortalité et de morbidité lié à l'obésité est corrélé au degré du surpoids et pour certaines complications à l'adiposité abdominale. Ces co-morbidités entraînent une réduction de l'espérance de vie des patients.

Le traitement médical de l'obésité

Le traitement de l'obésité repose sur une prise en charge médicale multidisciplinaire au long cours, associant des actions portant sur les comportements, l'alimentation, l'activité physique, la prévention et le traitement des complications, le soutien psychologique. C'est un traitement qui ne se limite pas à la simple prescription d'un régime.

Différents éléments conditionnent les choix thérapeutiques : l'importance de l'obésité, ses déterminants et conséquences, les co-morbidités, le stade évolutif. Le traitement des complications est un objectif primordial quelle que soit l'évolution pondérale.

De nombreuses études insistent sur l'importance d'un suivi médical régulier, dont dépend le pronostic pondéral.

La prescription diététique, la réduction des comportements sédentaires et la promotion de l'activité physique, les approches comportementales, la prise en charge psychologique doivent généralement être associées. Les aides médicamenteuses ne sont envisagées qu'après échec des mesures précédentes et sur avis spécialisé.

Dans les obésités morbides, les traitements médicaux connaissent certaines limites et sont grevés d'un taux de rechute important .

Le traitement chirurgical de l'obésité morbide

Le traitement chirurgical de l'obésité morbide est utilisé dans le monde depuis plus de trente ans. Aujourd'hui, deux grands types d'intervention sont pratiqués :

- celles qui entraînent une restriction de la capacité gastrique, ce sont les gastroplasties par anneau ajustable ou les gastroplasties verticales calibrées (par agrafes).
Après deux ans leur efficacité sur la perte de poids est comparable, soit 50 à 60 % de l'excès de poids initial pour ces deux techniques ;
- celles qui combinent une réduction gastrique et une malabsorption (le by-pass gastrique et la dérivation bilio-pancréatique).

Après deux ans leur efficacité sur la perte de poids est supérieure aux deux techniques précédentes, soit plus de 70 % de l'excès de poids initial.

Depuis 1993 ces interventions se font majoritairement sous coelioscopie. Cette voie d'abord a permis d'améliorer le confort du patient avec un retour plus rapide à la vie active et surtout de diminuer les complications (abcès, éventrations, éviscérations ...) qui constituent les principales causes de morbidité après laparotomie.

En France, depuis 1994, la pose d'anneaux de gastroplastie ajustables sous coelioscopie est la technique la plus largement utilisée : 10 000 en 2000 et 16 000 en 2001. Cet acte est relativement aisé sur le plan technique. Il consiste à mettre en place un anneau péri gastrique gonflable relié par un cathéter à un réservoir sous cutané (permettant d'actionner un resserrage post opératoire ou inversement). C'est une technique réversible qui évite l'ouverture du tube digestif.

La principale complication de ce geste est la dilatation secondaire de la poche gastrique qui peut entraîner des vomissements, un reflux gastro-œsophagien, une œsophagite. D'autres complications sont décrites dans la littérature : infections d'anneaux, érosions gastriques, nécroses gastriques dues à un serrage excessif. Les ré-interventions consistent essentiellement en un repositionnement de l'anneau ou à son ablation.

Le remboursement de la « chirurgie bariatrique » est subordonné à l'avis favorable du service médical, rendu après examen clinique du bénéficiaire par le praticien conseil, et à l'accomplissement des formalités de l'entente préalable.

Une technique qui nécessite une évaluation sur le long terme

En mai 2001, l'ANAES a publié un rapport dans lequel les auteurs mettent en exergue l'insuffisance d'évaluation à long terme notamment des anneaux de gastroplastie modulables, préconisent de mener des études sur le long terme et de comparer par des essais contrôlés les différentes techniques.

Les sociétés savantes et l'ANAES ont préconisé également une procédure de suivi de l'activité (création d'un registre national) qui, en association avec les données de matério-vigilance, permet de mieux connaître la sécurité d'utilisation des dispositifs implantables.

Annexe 2

Mesures disponibles de la corpulence

L'obésité correspond à une augmentation excessive de la masse grasse de l'organisme, dans une proportion telle qu'elle peut avoir une influence sur l'état de santé.

Elle s'évalue à partir du calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) :

$$(IMC) = \frac{\text{poids}(kg)}{\text{taille}^2(m)}$$

Selon les recommandations internationales, on parle de surpoids pour un IMC compris entre 25 et 30 kg/m² et d'obésité à partir d'un IMC > 30kg/m².

L'obésité morbide est définie par un IMC > 40kg/m². C'est le cas par exemple d'une femme de 1,65 m pesant 109 kilos ou plus, un homme de 1,80 pesant 130 kilos ou plus.

un exemple d'obésité sévère

L'obésité obésité sévère soit IMC = 36 est le cas d'une personne de 1,75 m pesant 110 kg.

Pour son analyse de la consommation médicale, l'Assurance Maladie sur les mesures suivantes

Pour les adultes :

IMC < 18,5 = maigre – poids insuffisant

18,5 < IMC < 24,9 = poids normal

25 < IMC < 29,9 = surpoids - embonpoint

30 < IMC < 34,9 = obésité modérée

35 < IMC < 39,9 = obésité sévère

IMC ≥ 40 = obésité morbide ou massive

Pour les enfants :

Des courbes de référence représentant pour chaque sexe les valeurs de l'IMC en fonction de l'âge permettent de suivre l'évolution de la corpulence des enfants au cours du temps.

Degré 1 : un enfant de 10 ans mesure 1,40 m et pèse 42 kg

Degré 2 : un enfant de 10 ans mesure 1,40 m et pèse 50 kg

Voir les courbes ci-après.

SOURCES DES DONNEES

Les données sur la corpulence sont issues de l'enquête décennale santé de l'INSEE auprès de 16 848 ménages, soit plus de 40 800 personnes - édition 2002-2003.

Cette enquête sert à décrire les consommations médicales et l'état de santé de la population française observés sur une période de deux mois.

Chacune des trois visites, prévues dans le cadre de l'enquête, a comporté un questionnaire individuel, dont une partie portait sur la taille et le poids de chaque individu.

Bien que déclaratives, les données de cette enquête sont tout à fait appropriées à l'étude de la corpulence des individus, d'autant plus que la consommation médicale de chacun des interviewés a été suivie sur environ huit semaines et qu'un appariement des données avec les fichiers de prestations de l'Assurance Maladie (SNIIR-AM) est possible pour plus de la moitié d'entre eux (plus de 22 000 personnes) qui en ont accepté le principe.

Les données sur la consommation médicale proviennent donc des fichiers de l'Assurance Maladie pour les personnes appariées sur la période d'enquête d'octobre 2002 à septembre 2003.

Annexe 3

Cartes des taux d'obésité enfants et adultes par région

