

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 24 janvier 2018 à Poitiers
par Lucile **BÉGUÉ** née le 10 juin 1988

Quel impact de la chirurgie bariatrique sur la précarité des patients obèses morbides ? Etude rétrospective menée au CSO Poitou-Charentes.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD

Membres :
Monsieur le Professeur Jean-Pierre FAURE
Madame le Docteur Marion ALBOUY-LLATY
Madame le Docteur Diane LEVY-CHAVAGNAT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Xavier FIGUEL



Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en détachement)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 12/2017)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (émérite à/c du 25/11/2017)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (surnombre jusqu'en 08/2018)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie

- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (disponibilité d'octobre à janvier)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- LOVELL Brenda Lee, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (émérite à/c du 25/11/2017 – jusqu'au 11/2020)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIËN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARIILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCC Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD, merci de l'honneur que vous me faites en présidant mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Docteur Xavier PIGUEL, merci de m'avoir proposé ce travail et guidé tout au long de sa réalisation. Merci pour ta disponibilité, tes conseils et la confiance que tu m'as accordée. Je t'en suis très reconnaissante.

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre FAURE, merci d'avoir accepté de faire partie du jury de ma thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

A Madame le Docteur Marion ALBOUY-LLATY, merci d'avoir accepté de juger mon travail sans me connaître. Je vous suis reconnaissante de l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Madame le Docteur Diane LEVY-CHAVAGNAT, merci d'avoir accepté de faire partie du jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

A Madame Elise GAND, merci pour ta disponibilité, tes conseils et ton aide précieuse pour mes analyses statistiques.

A toute l'équipe du CSO et du service d'endocrinologie, pour votre disponibilité et votre gentillesse lors de mes passages au CHU, avec un merci particulier à Maud pour ton aide pour les dossiers sociaux !

A mes maitres de stage et aux équipes para-médicales qui m'ont transmis leur savoir et m'ont conforté dans la poursuite de ce métier.

A mes parents, vous avez toujours été présents dans les bons et les moins bons moments, merci pour votre soutien tout au long de ces études et dans mes projets, c'est grâce à vous que je suis celle que je suis !

A mes sœurs, Laura et Hélène, pour vos encouragements durant ces années et votre présence ce soir.

Au reste de ma famille, pour ces moments passés tous ensemble.

Edouard et Alexia, merci pour vos conseils et corrections d'écriture dans les moments de doute.

A celles et ceux qui ont partagé les premiers moments en P1 et qui ont pris un autre chemin, je ne vous oublie pas malgré la distance.

Aux copains de Tours, pour ces années de fac : parties de tarot, après-midi gaufres, journées BU/corpo, votre « intelligence » de groupe et les soirées délirantes ; j'espère que nos retrouvailles annuelles cave, ski ou autre continueront encore longtemps !

Aux royannaises, pour la dolce vita à la mer.

A mes colocs et mes co-internes, qui ont supporté au quotidien mon sale caractère.

Aux « soirées d'samedi soir », pour tous ces moments de folie et de partage sans qui cette vie rochelaise ne serait pas la même !

Et enfin, merci à tous ceux qui sont présents ce soir, et à tous ceux que j'aurai pu oublier !

SOMMAIRE

<u>ABREVIATIONS UTILISEES</u>	1
<u>LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES</u>	2
<u>INTRODUCTION</u>	3
<u>MATERIEL ET METHODES</u>	9
<u>RESULTATS</u>	12
1. Caractéristiques des patients	13
2. IMC et perte d'excès de poids	14
3. Comorbidités associées à l'obésité	15
4. Situation professionnelle	16
5. Statut marital	20
6. Situation sociale	21
<u>DISCUSSION</u>	23
1. Caractéristiques des patients et comorbidités	23
2. Situation professionnelle	24
3. Statut marital	26
4. Aides sociales	28
5. Limites et biais	29
<u>CONCLUSION</u>	31
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	32
<u>ANNEXES</u>	36
<u>RESUME ET MOTS CLES</u>	38
<u>SERMENT</u>	39

ABREVIATIONS UTILISEES :

AGA	Anneau gastrique ajustable
BPG	By-pass gastrique
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMUc	Couverture Maladie Universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CSO	Centre Spécialisé de l'Obésité
EPICES	Evaluation de la Précarité et des Inégalités sociales de santé pour les Centres d'Examens de Santé
HDJ	Hôpital De Jour
HTA	Hypertension artérielle
IMC	Indice de Masse Corporel
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCS	Professions et Catégories Socio-professionnelles
PEP	Perte d'excès de poids
PIB	Produit intérieur brut
RSA	Revenu Social d'Activité
SAHOS	Syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil
SG	Sleeve gastrectomy

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

<u>Tableau 1</u> : Caractéristiques générales des patients analysés	13
<u>Tableau 2</u> : PEP selon les techniques opératoires	14
<u>Tableau 3</u> : Catégories socio-professionnelles représentées parmi les patients opérés	17
<u>Tableau 4</u> : Situation professionnelle avant chirurgie, détail des inactifs	17
<u>Tableau 5</u> : Evolution de la situation professionnelle après chirurgie	18
<u>Tableau 6</u> : Comparaison des caractéristiques des patients inactifs ayant retrouvé un emploi à ceux restés sans emploi	19
<u>Tableau 7</u> : Evolution de la situation sociale après chirurgie	21
<u>Tableau 8</u> : Evolution du score EPICES	22
<u>Figure 1</u> : Anneau gastrique	6
<u>Figure 2</u> : Sleeve gastrectomy	6
<u>Figure 3</u> : By Pass Gastrique	7
<u>Figure 4</u> : Dérivation bilio-pancréatique	7
<u>Figure 5</u> : Flow chart	12
<u>Figure 6</u> : Evolution de l'IMC	14
<u>Figure 7</u> : Evolution des co-morbidités après chirurgie	16
<u>Figure 8</u> : Situation professionnelle avant chirurgie	16
<u>Figure 9</u> : Evolution du statut marital après chirurgie	20

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'obésité est définie par « un excès de masse grasse entraînant des conséquences néfastes pour la santé ». L'Indice de Masse Corporel (IMC), correspondant au rapport du poids en kilogrammes sur le carré de la taille en mètre (kg/m^2) est la mesure la plus communément utilisée.

Selon cet indice, l'obésité est définie par un IMC supérieur ou égal à $30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

D'après l'enquête Obépi 2012 (1), la prévalence de l'obésité en France est en augmentation depuis 1997 et atteint en 2012 15 % de la population adulte. La proportion de personnes obèses augmente avec l'âge. Elle atteint davantage les femmes que les hommes (15,7 % versus 14,3 %). Cette forte prévalence est confirmée par les premiers résultats de la cohorte Constances débutée en 2012 : l'obésité globale avoisinerait les 16 % (15,8 % chez les hommes et 15,6 % chez les femmes) chez les français de 30 à 69 ans (2).

L'obésité est associée à une augmentation du risque de mortalité, en lien avec l'association de nombreuses comorbidités :

- Cardio-vasculaires avec en particulier l'hypertension artérielle (HTA)
- Métaboliques avec le diabète de type 2, les dyslipidémies, la stéatose hépatique
- Respiratoires : le syndrome d'apnées hypopnées du sommeil (SAHOS), syndrome restrictif, asthme
- Ostéo-articulaires avec notamment l'arthrose
- Psycho-pathologiques : syndrome anxio-dépressif, troubles du comportement alimentaire...
- Cutanées : acanthosis nigricans, mycose des plis
- Certains cancers : colon, sein, endomètre

L'obésité entraîne également des conséquences psycho-sociales, avec une altération de la qualité de vie et une plus grande précarité des personnes qui en souffrent.

Un lien entre obésité et précarité a été montré dès 1989 avec l'existence d'un gradient social de l'obésité en relation avec le statut socio-économique et professionnel (3).

Ceci est toujours d'actualité et est confirmé par les résultats de l'enquête Obépi 2012 qui retrouve des différences de prévalence de l'obésité selon les catégories socio-professionnelles (1).

En France, la catégorie socio-professionnelle la plus touchée par l'obésité est celle des retraités à 18,9 %. Parmi les actifs, la prévalence de l'obésité est la plus importante chez les artisans et commerçants (17,2 %), suivie par les ouvriers et agriculteurs à parts égales (16,7 %) puis les employés (16,2 %). Les moins touchés par l'obésité sont les cadres supérieurs et professions libérales (8,7 %) (1).

Il existe une relation inversement proportionnelle entre le niveau de revenus du foyer et la prévalence de l'obésité. En 2012, elle atteint alors 25,6 % chez les foyers aux revenus inférieurs à 900 euros net mensuel contre 7 % pour des revenus supérieurs à 5301 euros (1).

Les personnes obèses sont également plus souvent au chômage (4).

Le lien entre précarité et obésité pourrait aller également dans le « sens inverse », où l'obésité favoriserait la précarité. En effet, l'obésité peut susciter des réactions de stigmatisation, de discrimination et un isolement plus important, pouvant ainsi limiter la progression sociale mais aussi professionnelle des personnes obèses et altérer leur qualité de vie (5).

L'obésité entraîne également un surcoût économique, du fait des dépenses de santé liées à la prise en charge des comorbidités associées, mais également de coûts indirects au niveau socio-professionnel. En effet, l'obésité est associée à une baisse de productivité, avec un taux plus important d'arrêts maladie et de chômage (6,7). Son impact est estimé à 2,6 % du PIB français soit 54 milliards d'euros, et se place en 3^e position au niveau mondial avec 2,8 % du PIB, après le tabac et les violences armées (8).

La précarité a longtemps été définie uniquement sur des critères économiques et sur la situation par rapport à l'emploi. Elle a évolué avec la société et ne se réduit plus aujourd'hui à la seule notion de pauvreté. Le Haut Comité de la Santé Publique définit la précarité comme « un état d'instabilité sociale caractérisé par la perte d'une ou plusieurs des sécurités,

notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux » (9).

Elle revêt un caractère multi-dimensionnel : emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, évènement de vie, santé perçue.

Le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités sociales de santé pour les Centre d'Examens de Santé), score de précarité créé en 1998, prend en compte ce caractère multi-dimensionnel, et non seulement l'aspect purement socio-économique. Il est donc devenu un indicateur de « santé sociale ».

Une relation « score dépendante » a été montrée entre le score EPICES et l'obésité, la fréquence de l'obésité augmentant significativement avec l'augmentation du score EPICES, et cette relation est particulièrement marquée chez les femmes (10).

L'obésité est donc une pathologie aux conséquences multiples : tant sur le plan médical en raison des comorbidités associées, que sur le plan psycho-social avec une altération de la qualité de vie, et sur le plan professionnel en touchant les catégories professionnelles les moins aisées ; ceci entraînant une précarité d'autant plus marquée et un surcoût économique significatif pour la société.

Sa prise en charge est donc un véritable enjeu de santé publique en France, justifiant la mise en place du Plan Obésité 2010-2013.

Place de la chirurgie bariatrique :

La perte de poids améliore les comorbidités liées à l'obésité. Pour cela, une approche médicale, diététique et psychologique première est indiquée (11).

En seconde intention, en cas d'échec d'un traitement médical, nutritionnel et psychologique bien conduit pendant 6 à 12 mois, une intervention de chirurgie bariatrique peut être envisagée chez certains patients, en l'absence de perte de poids suffisante ou de maintien de la perte de poids (12).

Elle est indiquée chez les patients présentant une obésité morbide ($\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$) ou avec un $\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ associée à au moins une comorbidité spécifique susceptible d'être améliorée par la chirurgie notamment : maladies cardio-vasculaires dont l'HTA, SAHOS et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères en particulier le diabète de type 2, stéatose hépatique non alcoolique ou maladies ostéo-articulaires sévères (12).

Différents types d'intervention sont possibles :

- Les techniques restrictives, qui diminuent le volume gastrique, avec l'anneau gastrique ajustable (AGA) et la gastroplastie longitudinale ou sleeve gastrectomy (SG).

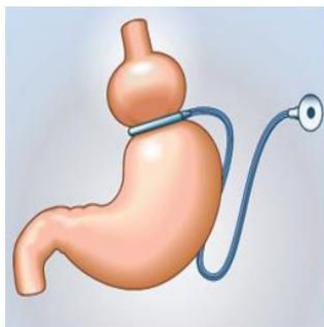


Figure 1 : Anneau gastrique (13)

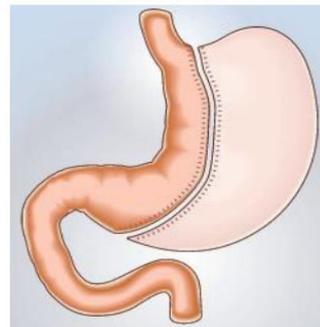


Figure 2 : Sleeve gastrectomy (14)

- Les techniques mixtes, restrictives et malabsorptives, avec le by pass gastrique (BPG) et la dérivation bilio-pancréatique (beaucoup moins réalisée du fait d'un grand risque de carences et d'effets secondaires).



Figure 3 : By Pass Gastrique (15)

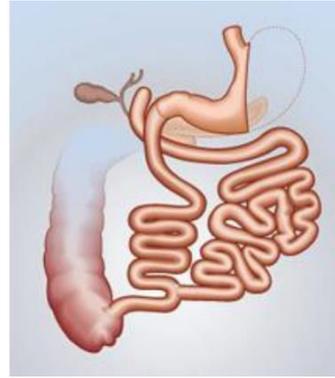


Figure 4 : Dérivation bilio-pancréatique (16)

Ces interventions sont réalisées après une évaluation et une préparation pluri-disciplinaire, notamment au sein des Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) qui sont au nombre de 37 en France (17). Les CSO interviennent au troisième niveau de recours dans la prise en charge de l'obésité, avec des compétences spécifiques permettant de prendre en charge les obésités dites complexes dont les obésités les plus sévères (18). Le premier niveau est assuré par les médecins traitants, pédiatres, médecins du travail, médecins scolaires ou de PMI ; le deuxième niveau est assuré par les spécialistes de la nutrition, endocrinologues, internistes en cabinet de ville ou en établissements de soins privés ou publics.

La chirurgie bariatrique connaît un véritable essor dans la prise en charge de l'obésité sévère avec un nombre d'interventions ayant triplé depuis 2006 (19).

Elle a pour objectif la correction de l'excès pondéral et l'amélioration des complications de l'obésité.

L'amélioration des comorbidités associées à l'obésité après chirurgie bariatrique a été démontrée dans de nombreuses études, notamment l'étude SOS (Swedish Obese Subjects study) et la méta-analyse de Buchwald (20,21). Il a été mis en évidence une rémission du diabète de type 2 pour 72 % et 77 % des patients respectivement, une amélioration de la dyslipidémie pour 70 % des patients, et une rémission de l'HTA et du SAHOS (62 % et 86 % des patients). L'étude SOS retrouvait en outre une réduction significative de la morbi-mortalité cardiovasculaire chez les patients traités par chirurgie bariatrique par rapport à ceux traités médicalement (22).

Son impact sur la qualité de vie des patients a été également étudié à de nombreuses reprises avec une amélioration de la qualité de vie prouvée, notamment sur l'estime de soi (23–27).

La chirurgie bariatrique a donc démontré son efficacité pour la prise en charge de l'obésité sévère avec un effet bénéfique sur les comorbidités associées ainsi que sur la qualité de vie des patients. Le lien entre obésité et précarité ayant été déjà démontré, nous pouvons donc nous interroger sur l'influence positive de la chirurgie bariatrique sur la précarité psychosociale des patients traités.

Il existe peu de travaux étudiant l'impact de la chirurgie bariatrique sur les complications psychosociales de l'obésité.

L'objectif de notre étude est donc d'évaluer l'impact de la chirurgie bariatrique sur le handicap social des patients obèses morbides opérés et suivis au CSO Poitou-Charentes.

MATERIEL ET METHODES :

Nous avons réalisé une étude rétrospective, observationnelle, transversale, monocentrique au CHU de Poitiers dans le cadre du Centre Spécialisé de l'Obésité du Poitou-Charentes.

Les patients inclus étaient les patients obèses suivis intégralement au CSO Poitou-Charentes, et opérés entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2015.

Les données ont été recueillies en pré-opératoire, lors de leur passage en hôpital de semaine et en post-opératoire lors de leur passage en hôpital de jour de réévaluation annuelle, environ 1 an après la chirurgie. Le délai retenu pour l'évaluation post-opératoire devait être compris entre 9 et 18 mois après la chirurgie.

Les données recueillies étaient :

- Sexe, âge à la chirurgie

- Données anthropométriques : Poids (kg), taille (m), calcul de l'IMC (kg/m²) ; calcul du pourcentage de perte d'excès de poids (PEP) grâce à la formule de Lorentz renseignant le poids idéal (Annexe 1).

- Comorbidités associées à l'obésité :
 - HTA définie par une pression artérielle $\geq 140/90$ mmHg traitée ou non traitée
 - Diabète de type 2 traité ou non traité
 - Dyslipidémie nécessitant un traitement hypolipémiant
 - SAHOS appareillé ou non
 - Complications ostéo-articulaires selon la symptomatologie rapportée par les patients
 - Stéatose hépatique évaluée par l'aspect échographique hépatique
 - Troubles psychiatriques suivis en particulier le syndrome dépressif

- Situation professionnelle :
 - *Actifs et retraités* : codage selon la classification PCS 2003, classification de référence française établie par l'INSEE (28).
 - PCS 1 : Agriculteurs exploitants
 - PCS 2 : Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 - PCS 3 : Cadres et professions intellectuelles supérieures
 - PCS 4 : Professions Intermédiaires
 - PCS 5 : Employés
 - PCS 6 : Ouvriers
 - PCS 7 : Retraités
 - *Inactifs* : étant classés dans une catégorie à part comprenant : chômage, invalidité, étudiant, sans emploi, arrêt maladie prolongé, congé parental.
- Statut marital : classé selon quatre catégories :
 - En couple ou marié
 - Célibataire
 - Séparé ou divorcé
 - Veuf
- Données sociales :
 - Existence d'une protection juridique par tutelle ou curatelle
 - Patients percevant des aides sociales (CMU ; RSA)
 - Patients reconnus en tant qu'handicapé auprès de la MDPH
 - Patients percevant une pension d'invalidité
 - Score de précarité EPICES : Comprenant 11 questions explorant les différents domaines de la précarité. Il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité). Le seuil de 30,17 est considéré comme le seuil de précarité. (Annexe 2)

Le recueil de données a été effectué par analyse des dossiers médicaux informatisés des patients via le logiciel du CHU de Poitiers, ainsi que des dossiers médicaux et infirmiers sous format papier.

Ces données ont été complétées par l'analyse des dossiers sociaux, lorsque les patients avaient rencontré l'assistante sociale rattachée au CSO.

Les données manquantes ou discordantes ont été vérifiées par appel téléphonique aux patients.

Les patients exclus étaient :

- Ceux qui n'avaient pas été suivis intégralement au CSO Poitou-Charentes par le médecin nutritionniste et le chirurgien référent.
- Les patientes enceintes en post-opératoire immédiat (avant 18 mois).
- Les patients non évalués en post-opératoire pendant la période 9-18 mois (perdus de vue et hors délai).

L'ensemble des données recueillies a été anonymisé.

Analyse statistique des données :

Les données qualitatives étaient présentées en nombre (pourcentage) et ont été comparées à l'aide d'un test du χ^2 de Mc Nemar pour série appariée.

Les données quantitatives étaient présentées en moyenne (\pm écart-type) ou en médiane (quartile 1-quartile 3) et ont été comparées à l'aide d'un test de Student pour données appariées (variables normales) ou d'un test du signe de Wilcoxon (variables non normales).

Le seuil de significativité était de 5 % pour l'ensemble des analyses.

Les analyses statistiques ont été réalisées via le logiciel SAS version 9.3 software package (SAS Inc, Cary, NC, USA).

RÉSULTATS

La cohorte initiale des patients suivis au CSO Poitou-Charentes opérés entre le 01/01/2012 et le 31/12/2015 comprenait 203 patients.

Les patients exclus étaient au nombre de 36 :

- 15 patients n'avaient pas été suivis intégralement au CSO (chirurgie ou suivi nutritionnel dans un autre centre)
- 14 patients ne s'étaient pas présentés à l'hôpital de jour anniversaire post-opératoire ou ont été perdus de vue
- 4 patients avaient eu leur hôpital de jour anniversaire hors des délais fixés pour cette étude
- 3 patientes étaient enceintes lors de l'hôpital de jour anniversaire (poids post-opératoire non fiable)

Au total, l'analyse a donc porté sur 167 patients.

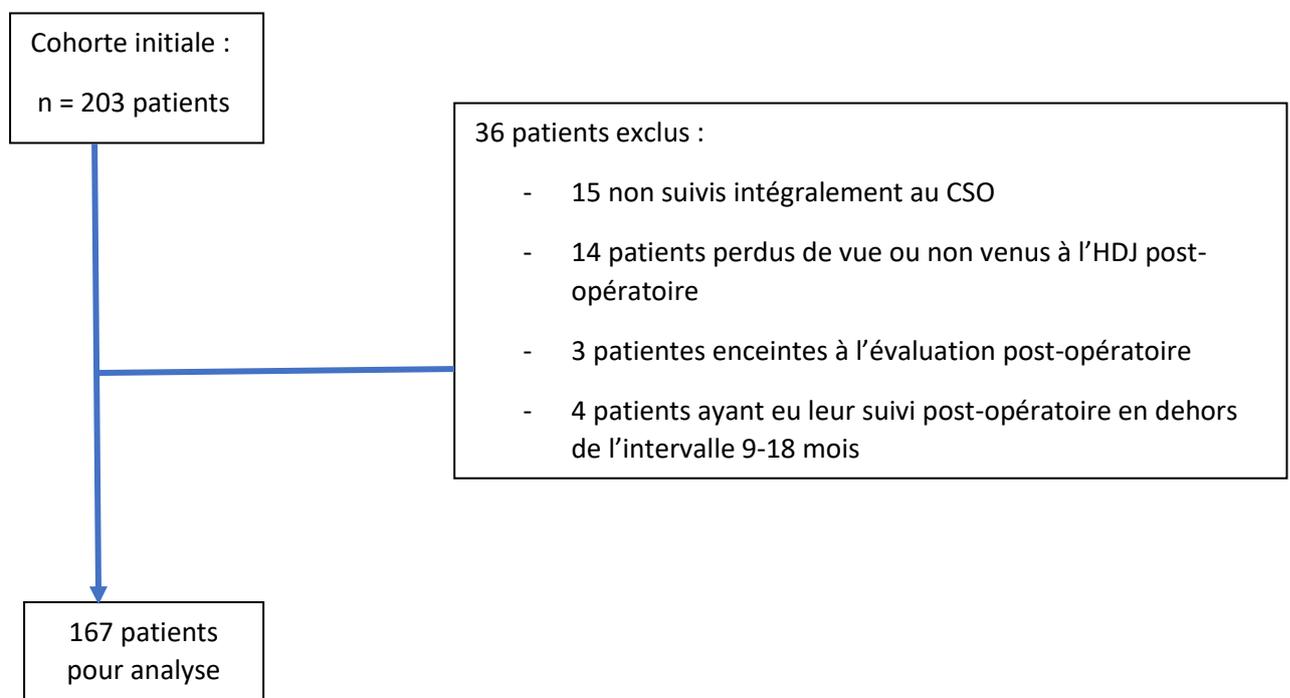


Figure 5 : Flow chart

1. Caractéristiques des patients :

Sur les 167 patients analysés, il y avait une majorité de femmes : 139 soit 83 % de l'effectif ; contre 17 % d'hommes.

L'âge moyen à la chirurgie était de 43 ± 10 ans.

Les deux types de chirurgie réalisées le plus fréquemment étaient à parts presque égales la sleeve gastrectomy (50 % des patients) et le by pass gastrique (48 %). Trois patients ont bénéficié de la pose d'un anneau gastrique ajustable.

Le délai moyen d'évaluation en post-opératoire lors de l'hôpital de jour était de 13 ± 1 mois.

Tableau 1 : Caractéristiques générales des patients analysés

Variables	Patients analysés N=167
Sexe n (%)	
- Femmes	139 (83 %)
- Hommes	28 (17 %)
Type de chirurgie n (%)	
- Anneau gastrique (AGA)	3 (2 %)
- Sleeve gastrectomy (SG)	83 (50 %)
- By pass gastrique (BPG)	81 (48 %)
Age moyen à la chirurgie (années)	
- Min	20
- Max	66
Délai évaluation post-chirurgie (mois)	13 ± 1

2. IMC et perte d'excès de poids :

Comme cela est attendu, l'IMC est plus faible après la chirurgie.

L'IMC moyen avant chirurgie était de 47 ± 8 kg/m², contre 32 ± 7 kg/m² après chirurgie (p <0,0001).

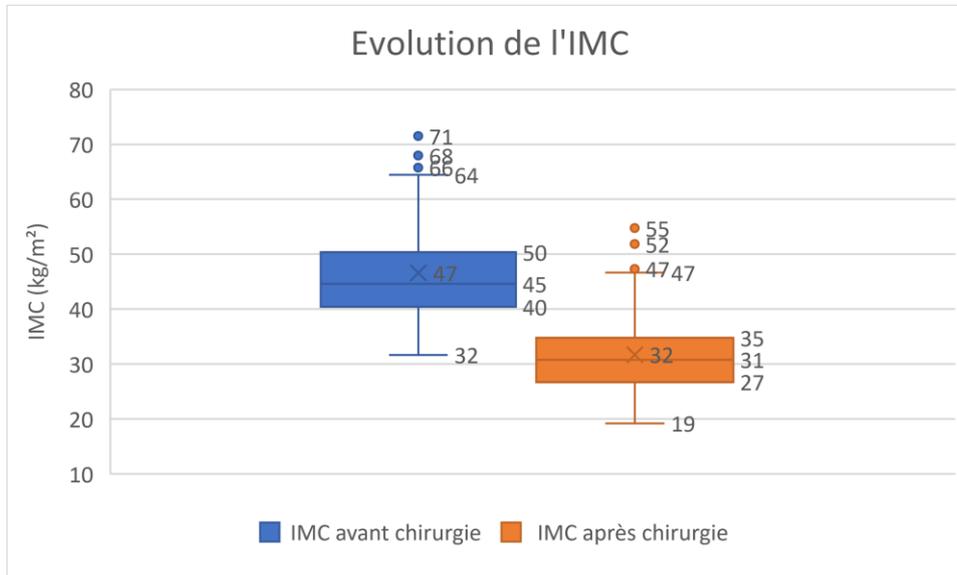


Figure 6 : Evolution de l'IMC

En pré opératoire :

- 18 % des patients avaient un IMC compris entre 30 et 39 kg/m²
- 54 % des patients avaient un IMC compris entre 40 et 49 kg/m²
- 28 % des patients avaient un IMC ≥ 50 kg/m².

La perte d'excès de poids médiane, toutes techniques opératoires confondues était de 63 % [49-76]. Il n'y avait pas de différence significative selon le type de chirurgie réalisée.

Tableau 2 : PEP selon les techniques opératoires

	AGA	SL	BPG	P value
PEP (%)	48 [9-75]	62 [46-78]	64 [53-76]	0,5334

3. Comorbidités associées à l'obésité :

- HTA : 42 % de patients avaient une hypertension artérielle avant chirurgie. Après chirurgie, on observe une baisse significative du nombre de patients hypertendus à 31% ($p < 0,0001$).
- Diabète de type 2 : 32 % des patients étaient atteints d'un diabète de type 2 avant chirurgie contre 16 % après chirurgie. Cette différence est également significative ($p < 0,0001$).
- Dyslipidémie : 24 % des patients avaient une dyslipidémie traitée avant chirurgie contre 11 % en post-opératoire. Cette différence est significative ($p < 0,0001$).
- SAHOS : 35 % des patients avant chirurgie avaient un SAHOS appareillé ou non. L'évolution en post-opératoire n'était pas analysable du fait de l'absence de réévaluation systématique.
- Stéatose hépatique : 12 % des patients présentaient une stéatose hépatique suspectée par l'échographie abdominale en pré-opératoire. Cette comorbidité n'est pas réévaluée à 1 an post-opératoire.
- Complications ostéo-articulaires : 20 % des patients en pré-opératoire avaient des symptômes ostéo-articulaires invalidants, contre 16 % en post-opératoire. Cette différence est significative ($p = 0,0114$).
- Il n'y a pas de différence significative pour les complications respiratoires et le suivi psychiatrique.

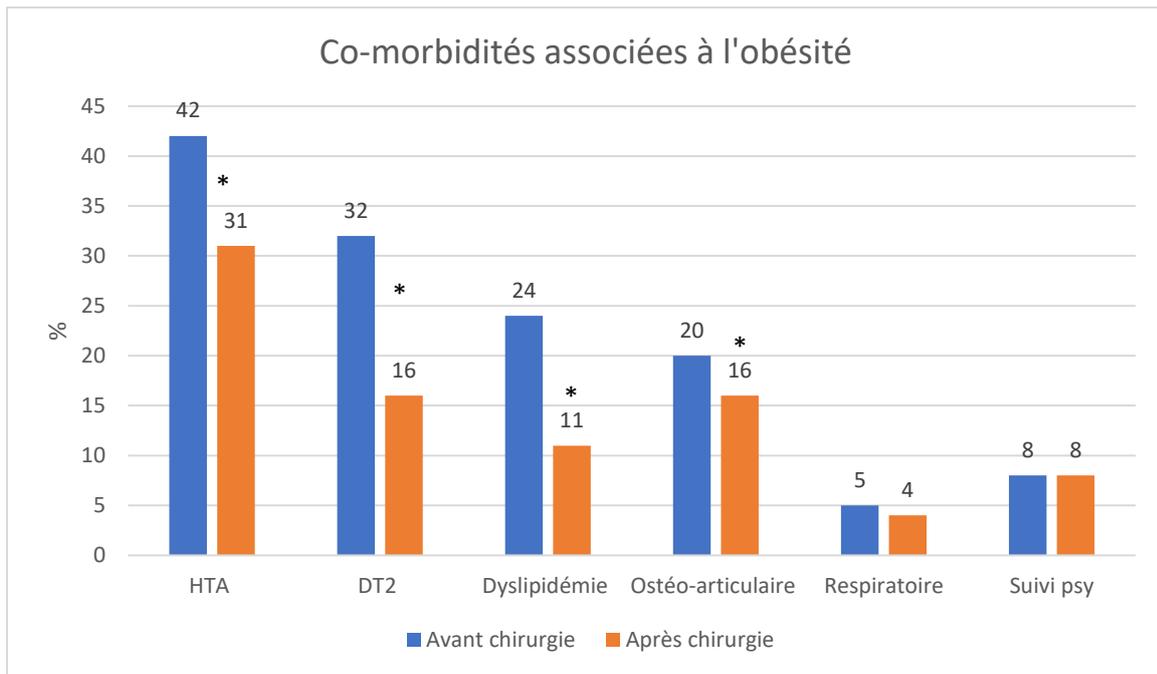


Figure 7 : Evolution des co-morbidités après chirurgie (* différence significative $p < 0,05$)

4. Situation professionnelle :

Avant la chirurgie :

Avant la chirurgie, 94 patients (56 %) occupaient un emploi, 11 patients étaient retraités (7 %) et 62 patients (37 %) n'avaient pas d'activité professionnelle.

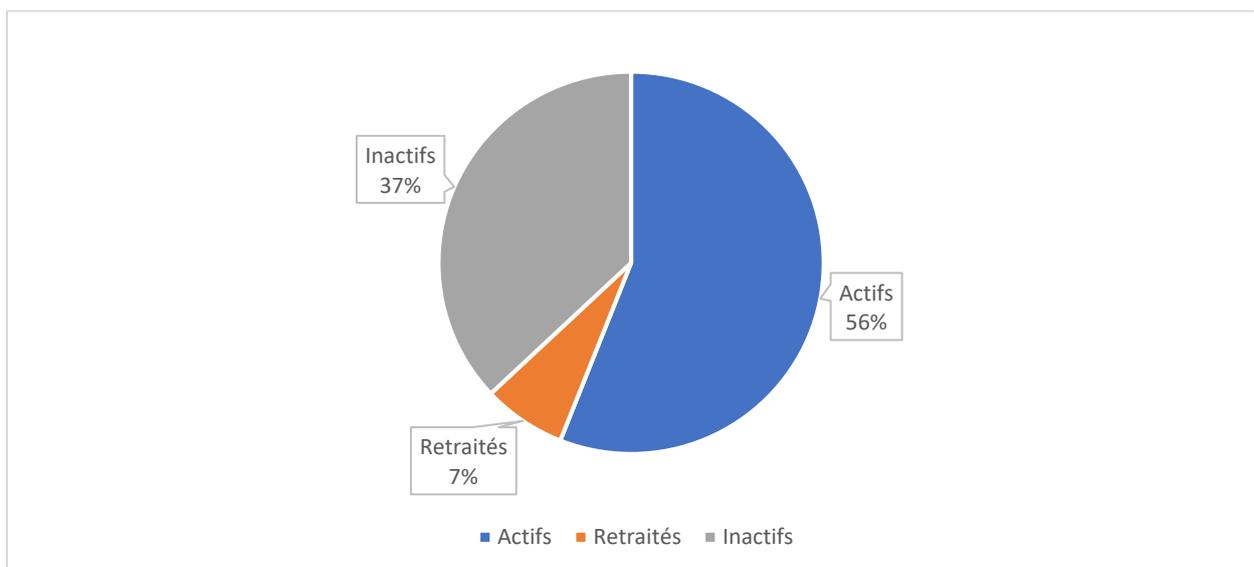


Figure 8 : Situation professionnelle avant chirurgie

Toute situation professionnelle confondue, les patients opérés étaient le plus fréquemment inactifs (37 %), puis employés (35 %), ouvriers (8 %), et retraités ou professions intermédiaires (7 %).

Tableau 3 : Catégories socio-professionnelles représentées parmi les patients opérés

	Avant chirurgie	Après chirurgie	P value
Actifs totaux	94 (56 %)	100 (60 %)	0,9966
- Agriculteurs exploitants	3 (2 %)	2 (1 %)	
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	3 (2 %)	2 (1%)	
- Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 (4%)	6 (4 %)	
- Professions Intermédiaires	11 (7%)	14 (8 %)	
- Employés	58 (35 %)	59 (35 %)	
- Ouvriers	13 (8%)	17 (10 %)	
Retraités	11 (7 %)	12 (7 %)	
Inactifs	62 (37 %)	55 (33 %)	

Parmi les patients sans activité professionnelle, il y avait une majorité de chômeurs (32 % des inactifs) et de personnes en invalidité (27 % des inactifs).

Tableau 4 : Situation professionnelle avant chirurgie, détail des inactifs

	Avant chirurgie n (% des inactifs)
Inactifs totaux (n = 62)	
- Chômage	20 (32 %)
- Invalidité	17 (27 %)
- Etudiant	4 (7 %)
- Sans emploi	11 (18 %)
- Arrêt maladie prolongé	8 (13 %)
- Congé parental	2 (3 %)

Evolution de la situation professionnelle après chirurgie :

Il y a peu de changement concernant la situation professionnelle après chirurgie, sans différence significative de répartition des patients entre actifs, retraités et inactifs. La proportion de patients en activité est passée de 56 % à 60 %.

Tableau 5 : Evolution de la situation professionnelle après chirurgie

Statut professionnel	Avant chirurgie	Après chirurgie	P value
Actifs n (%)	94 (56 %)	100 (60 %)	0,2341
Retraités n (%)	11 (7 %)	12 (7 %)	
Inactifs n (%)	62 (37 %)	55 (33 %)	

Au total, 16 patients soit 10 % ont changé de statut professionnel :

- 11 patients qui étaient sans activité professionnelle ont retrouvé un emploi après chirurgie (soit 18 % des patients inactifs).
- 4 patients se sont retrouvés sans activité professionnelle après chirurgie : 3 patients ont été au chômage et 1 en arrêt maladie, sans rapport avec des complications post-opératoires.
- 1 patient est parti en retraite.

Il n'y avait aucune différence significative concernant les caractéristiques initiales des patients sans emploi ayant retrouvé un emploi après chirurgie comparés aux patients toujours sans emploi, en particulier au niveau des comorbidités (*Tableau 6*).

Ils n'étaient pas moins obèses que ceux qui n'avaient pas retrouvé d'emploi et il n'y avait pas de différence en terme de PEP entre les deux groupes.

Les patients inactifs ayant retrouvé un emploi étaient majoritairement au chômage (55 %), en arrêt maladie prolongé (27 %) ou en congé parental (18 %).

Ceux qui n'avaient pas retrouvé d'emploi étaient le plus souvent en invalidité (33 %), puis au chômage (28 %) ou sans emploi (22 %).

Tableau 6 : Comparaison des caractéristiques des patients inactifs ayant retrouvé un emploi à ceux restés sans emploi

	Inactifs → actifs N = 11	Inactifs → inactifs N = 51	P value
Age (années)	43 ± 8	43 ± 10	0,9211
Sexe n (%)			0,1998
- Femmes	7 (64 %)	43 (84 %)	
- Hommes	4 (36 %)	8 (16 %)	
PEP (%)	59 [54-75]	57 [40-69]	0,4070
IMC initial (kg/m ²)	51 ± 12	47 ± 8	0,1654
Situation maritale initiale n (%)			0,5236
- En couple	8 (73 %)	40 (78 %)	
- Célibataire	3 (27 %)	7 (14 %)	
- Séparé	0	3 (6 %)	
- Veuf	0	1 (2 %)	
Comorbidités initiales n (%)			
- HTA	4 (36 %)	28 (55 %)	0,2645
- Diabète de type 2	4 (36 %)	22 (43 %)	0,7479
- SAHOS	8 (73 %)	26 (51 %)	0,3170
- Dyslipidémie	3 (27 %)	17 (33 %)	1,000
- Ostéo-articulaire	4 (36 %)	15 (29 %)	0,4439
Situation professionnelle initiale n (%)			<0,0001
- Chômage	6 (55 %)	14 (27 %)	
- Invalidité	0	17 (33 %)	
- Etudiant	0	4 (8 %)	
- Sans emploi	0	11 (22 %)	
- Congé longue maladie	3 (27 %)	5 (10 %)	
- Congé parental	2 (18 %)	0	

5. Statut marital :

Avant chirurgie, la majorité des patients était en couple (n=127 soit 76 %). Après chirurgie, cette proportion diminue à la faveur des séparations, de façon significative ($p=0,0008$).

Treize patients qui étaient en couple se sont séparés après la chirurgie ; 1 patiente en couple est devenue veuve ; 5 célibataires et 2 personnes séparées ont trouvé un conjoint.

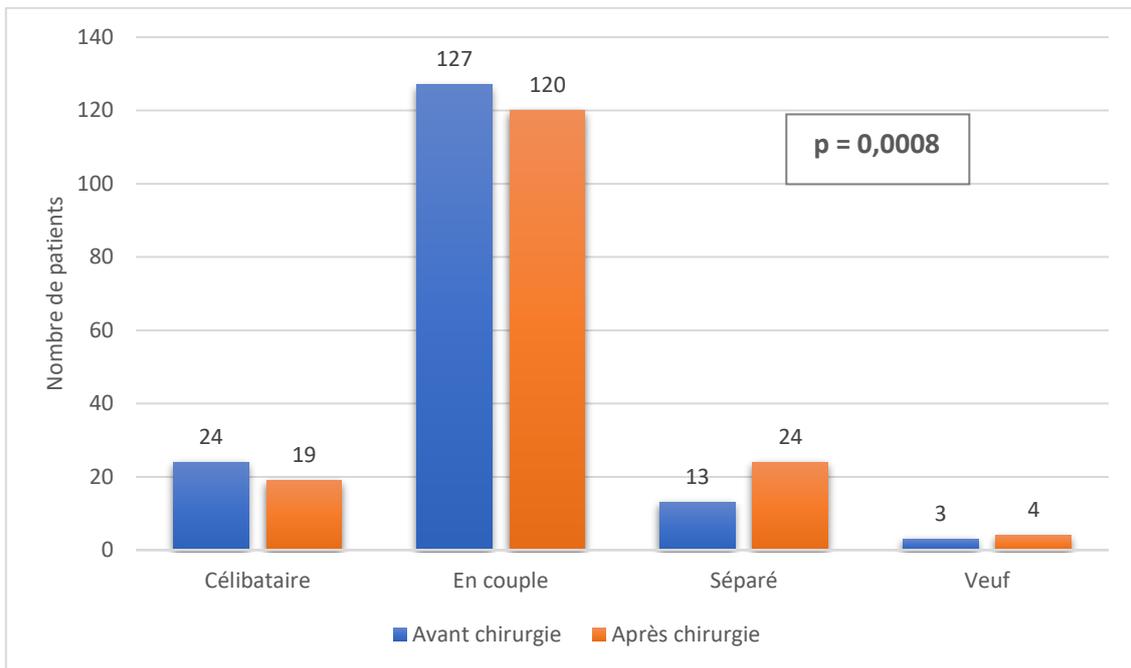


Figure 9 : Evolution du statut marital après chirurgie

6. Situation sociale :

Nous avons exploré l'accès à différentes aides sociales :

- **Couverture maladie universelle** : 7 % des patients étaient couverts par la CMUc en pré-opératoire. Cette proportion augmente à 11 % en post-opératoire, de façon significative ($p=0,0082$).
- Il n'y a pas de différence significative concernant le nombre de patients ayant une reconnaissance de handicap, ceux qui perçoivent une pension d'invalidité et ceux qui bénéficient du RSA.
- Concernant la protection juridique, 3 patients étaient sous tutelle ou curatelle, sans changement après chirurgie.

Tableau 7 : Evolution de la situation sociale après chirurgie

	Avant chirurgie	Après chirurgie	P value
Tutelle ou curatelle	3 (2 %)	3 (2 %)	1,000
CMU	11 (7 %)	18 (11 %)	0,0082
Handicap	28 (17 %)	32 (19 %)	0,1025
Pension invalidité	13 (8 %)	15 (9 %)	0,1573
RSA	7 (4 %)	7 (4 %)	1,0000

Score de précarité EPICES

Nous avons voulu explorer l'aspect multi-dimensionnel de la précarité par l'utilisation du score EPICES.

Vingt patients avaient rempli le questionnaire EPICES en pré-opératoire contre 46 en post-opératoire.

Le score EPICES a pu être recueilli lors des deux évaluations (pré et post opératoire) pour 15 patients soit 9 % des patients.

Sur ces 15 patients, il n'y a pas de différence significative de score EPICES entre avant et après la chirurgie bariatrique (score EPICES médian à 15).

Ces patients ne sont pas considérés comme précaires selon la définition du score EPICES (seuil de précarité fixé à 30,17). Cependant, on remarque en post opératoire qu'un tiers des patients étaient précaires selon le score EPICES alors qu'ils ne l'étaient pas avant chirurgie.

Tableau 8 : Evolution du score EPICES

	Avant chirurgie (n=20)	Après chirurgie (n=46)	P value
EPICES	15 [14-29]	28 [8-47]	
EPICES sur 15 patients ayant les deux scores	15 [14-28]	15 [7-38]	0,8284

DISCUSSION

1. Caractéristiques des patients et comorbidités : comparativement aux données de la CNAMTS 2011 (29).

Dans notre étude, on retrouve une majorité de femmes parmi les patients se faisant opérer (83 %) ce qui est comparable avec les données de la CNAMTS de 2011 qui retrouvait également une population à prédominance féminine à 83 %.

Les patients de notre étude étaient globalement plus obèses que la moyenne nationale en 2011, avec une plus grande proportion de patients ayant un IMC ≥ 50 kg/m² (28 %, versus 11 %) et une plus faible proportion de patients ayant un IMC < 40 kg/m² (18 %, versus 29 %).

Ceci peut s'expliquer par un possible biais de recrutement, le CSO étant un centre de recours de niveau 3 pour les obésités dites complexes dont les obésités avec les IMC les plus élevés (18).

Concernant le type d'intervention chirurgicale réalisée, on retrouve une plus grande proportion de by-pass gastriques chez les patients de notre étude (49 % versus 31 %), et une plus faible proportion d'anneaux gastriques (2 % versus 25 %), comparativement à la population française opérée. Ceci peut s'expliquer par une plus grande proportion de « super-obèses » (IMC > 50 kg/m²) comme énoncé au-dessus, l'anneau gastrique étant plutôt proposé chez des patients ayant une obésité moins sévère et plus jeunes. De plus, nous avons dans notre échantillon une plus forte proportion de diabétiques de type 2 ce qui peut expliquer la grande proportion de réalisation de by-pass, le by-pass gastrique étant généralement considéré comme le gold standard chez les patients diabétiques de type 2.

L'évolution des techniques chirurgicales françaises retrouve par ailleurs une progression de la réalisation des by-pass gastriques et une diminution de la pose d'anneaux gastriques ajustables. Cette évolution semble encore plus marquée chez les patients opérés par l'équipe du CSO Poitou-Charentes.

Les patients de notre étude étaient atteints globalement de plus de comorbidités que la moyenne française, en particulier concernant le diabète de type 2 (32 % versus 11 %),

l'hypertension artérielle (42 % versus 24 %), les dyslipidémies (24 % versus 17 %) et le SAHOS (35 % versus 11 %).

Ceci peut être expliqué par la plus grande proportion de « super-obèses » dans notre étude ; en effet plus l'obésité est sévère et plus le risque de complications est important.

La forte prévalence de patients diabétiques de type 2 parmi les patients de notre étude peut s'expliquer par le fait qu'au CHU de Poitiers, le CSO est intégré au service d'endocrinologie, ce qui entraîne un biais de recrutement.

De plus, la CNAMTS s'est basée sur les remboursements de traitements anti-diabétiques, hypolipémiants et anti hypertenseurs et prend donc en compte uniquement les comorbidités traitées, alors que nous avons inclus également les patients ayant une HTA non traitée ou un diabète de type 2 traité par règles hygiéno-diététiques seules.

2. Situation professionnelle :

Selon l'enquête Obépi 2012, les personnes ayant recours à une intervention de chirurgie bariatrique étaient le plus fréquemment des employés (37,6 %), suivis des retraités (17,8 %), des ouvriers (12,8 %) et des professions intermédiaires (12,1 %). Les inactifs arrivaient en cinquième position avec 9,3 % (1).

Dans notre étude, nous retrouvons une répartition des actifs comparable : en première place les employés (35 %), suivis des ouvriers (8 %), et les professions intermédiaires (7 %). Cependant, nous avons une bien moindre proportion de retraités (7 % vs 17,8 %), et une plus grande part d'inactifs (37 % vs 9,3 %). Cette plus faible proportion de retraités peut s'expliquer par le respect des indications de la HAS pour la chirurgie bariatrique avec un rapport bénéfice/risque non établi après 60 ans et donc une indication posée au cas par cas (12).

La plus grande proportion d'inactifs dans notre étude n'est pas expliquée par le taux de chômage de la région, puisque selon les données de l'INSEE, le taux de chômage en Poitou Charentes fin 2014 n'était pas très différent de la moyenne en France métropolitaine (9,5 % versus 10 %) (30). On retrouve par contre une forte proportion de patients en invalidité parmi nos inactifs, avec un possible biais d'information du fait de l'absence de définition précise de

cette invalidité dans nos données du fait d'un recueil rétrospectif sur des données déclaratives de patients dans les dossiers médicaux et donc une possible sur-estimation de leur nombre.

Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, nos patients présentaient une obésité plus sévère et plus compliquée que la moyenne française, ce qui peut expliquer une précarité professionnelle accrue avec un plus faible accès à l'emploi. De plus, le CSO Poitou-Charentes faisant partie d'un établissement de soins public, la prise en charge financière est assurée pour les patients ce qui peut expliquer un plus grand recrutement de patients inactifs et donc avec des moyens financiers moindres que dans des établissements de soins privés.

Evolution après chirurgie :

Notre étude ne retrouve pas de changement significatif concernant la situation professionnelle des patients après la réalisation d'un acte de chirurgie bariatrique, le taux d'emploi restant globalement stable (60 % versus 56 % avant chirurgie).

Alors que les études des années 1970 à 2000 retrouvaient une influence très positive de la chirurgie bariatrique sur l'emploi avec des augmentations très significatives du taux d'emploi après chirurgie jusqu'à 29 % (31,32), les résultats des différentes études menées depuis les années 2000 sont plus contradictoires.

Lors d'une étude rétrospective en Grande Bretagne, Hawkins et al. retrouvaient une augmentation de 32 % d'emploi rémunéré environ 14 mois après chirurgie chez des patients opérés entre 2004 et 2006 de BPG ou d'AGA (33). Aux Etats-Unis, Wagner et al. ont montré que 37% des opérés bénéficiant du système de protection Medicaid retournaient au travail après BPG contre 6 % des non opérés (34).

A l'inverse, Alfonso et al. dans l'étude LABS-2 qui comprenait 1773 patients opérés entre 2005 et 2009 aux Etats-Unis ne retrouvaient pas de différence significative de proportion des patients actifs, sans emploi et en invalidité entre la période pré-opératoire et lors des évaluations à 1 et 2 ans post-opératoires (35).

En France, une étude rétrospective menée en 2012 impliquant 803 patients opérés au CHU d'Angers suivis à 1 an, n'a pas montré non plus de changement dans le statut en emploi (64 % des patient en emploi avant et après chirurgie) (36).

Au Canada récemment, Tarride et al. retrouvaient des résultats similaires sur 308 patients, sans changement majeur dans le statut en emploi (62 % occupant un emploi à temps plein). Cependant ils montraient que 26 % des patients avaient changé de statut professionnel. Parmi eux, près de la moitié avaient un nouvel emploi et un tiers avaient augmenté leurs heures de travail (37).

Nos résultats sont donc concordants avec ceux des études citées ci-dessus avec un taux d'emploi stable aux alentours de 60 %.

Dans notre étude, le taux de patients ayant changé de statut professionnel était de 10 %, dont une majorité (67 %) ayant trouvé un emploi. Les patients ayant retrouvé un emploi étaient similaires à ceux restés sans emploi en termes de sévérité d'obésité, de comorbidités initiales, et de perte d'excès de poids après chirurgie. Nous pouvons donc penser que les comorbidités initiales et la sévérité de l'obésité n'influencent pas le retour à l'emploi.

3. Statut marital :

Notre étude retrouve une évolution significative de la situation familiale des patients après chirurgie à la faveur des séparations.

Il existe très peu de travaux à notre connaissance étudiant l'évolution du statut marital après chirurgie bariatrique, et le lien entre séparation ou divorce et chirurgie bariatrique n'a jamais été bien prouvé lors d'études antérieures.

Applegate et al. ont réalisé une étude prospective sur 234 patients étudiant leur situation maritale avant et un an après chirurgie bariatrique. 62,4 % des patients étaient mariés en pré-opératoire, sans changement 1 an après la chirurgie. Les patients nouvellement divorcés en post-opératoire étaient déjà séparés avant l'intervention (38). A plus long terme, Clark et al ne retrouvaient pas non plus de changement de statut marital environ 8 ans après la chirurgie, 70 % des patients en couple l'étaient également après chirurgie, 5 % s'étaient séparés seulement (39). Une seule étude menée dans les années 1980 retrouvait un taux de divorce augmenté mais chez des couples avec une relation déjà conflictuelle avant chirurgie (40).

Plusieurs études ont montré que la majorité des patients rapportent une amélioration de la qualité de leur relation de couple et de leur sexualité après chirurgie bariatrique (40–44).

Cependant, des effets moins positifs ont également été décrits, avec notamment des difficultés d'adaptation du conjoint au nouveau style de vie, pouvant entraîner des conflits et une dégradation de la vie conjugale (43,45,46).

En effet, la perte de poids induite par la chirurgie bariatrique amène des changements psychologiques, et est un véritable bouleversement dans l'équilibre du couple. Les changements s'opèrent dans différents domaines : comportement alimentaire, activités physiques et de loisirs, intimité physique et relationnelle, pouvant impacter la relation de couple (47). Après chirurgie, les patients ont une meilleure estime de soi et ont plus confiance en eux. Par cette affirmation de soi, ils améliorent leurs relations sociales et peuvent pratiquer de nouvelles activités. Le conjoint peut alors se sentir délaissé s'il ne s'adapte pas à ce nouveau mode de vie. Les patients opérés retrouvent un nouveau « pouvoir de séduction » ce qui peut entraîner des conflits dans leur relation de couple avec une jalousie du conjoint.

Dans ce changement de mode de vie, la qualité de la relation de couple avant la chirurgie et l'implication du conjoint sont importantes. En effet, les relations stables et solides avant chirurgie ont tendance à rester pérennes avec un effet bénéfique sur leur relation conjugale, alors que les couples ayant des difficultés avant la chirurgie voient leur relation se détériorer (42,43). En s'affirmant et en ayant une meilleure estime de soi, les patients peuvent trouver le courage de quitter une relation de couple qui était peu satisfaisante avant chirurgie.

Notre étude est une des premières montrant une évolution du statut marital à la faveur des séparations. Cependant, nous n'avons pas de données concernant la qualité de la relation de couple des patients avant chirurgie et ces résultats sont tout de même à interpréter avec prudence, du fait d'un faible échantillon de patients. Une étude à plus long terme serait intéressante afin de voir si cette évolution se confirme.

De plus, ces données confirment l'importance d'une prise en charge globale des patients et de leur préparation sur le plan psychologique aux changements possibles dans leur vie personnelle. L'implication du conjoint chez les personnes en couple semble indispensable au maintien d'une bonne relation.

4. Aides sociales :

Selon le rapport de la CNAMTS sur la chirurgie bariatrique en France, 16 % des personnes opérées étaient bénéficiaires de la CMUc, contre 7 % dans la population générale.

Très peu de travaux antérieurs ont étudié le recours aux aides sociales chez les patients opérés de chirurgie bariatrique. Hawkins et al. en Grande-Bretagne ont montré une diminution de 25% du recours aux prestations sociales 14 mois après chirurgie bariatrique (33). Nous n'avons retrouvé aucune étude française sur ce sujet.

Les résultats de notre étude retrouvent une proportion de patients couverts par la CMUc équivalente à celle de la population générale en pré-opératoire, mais qui augmente de façon significative à 11 % en post-opératoire.

Cette augmentation après chirurgie peut être expliquée par l'évaluation sociale réalisée pour les patients lors de leur suivi au CSO. En effet, grâce à l'intervention de l'assistance sociale, les patients bénéficient d'une meilleure information concernant leurs droits et l'accès aux aides sociales, et d'une aide à leur mise en place.

Aucune différence n'a été retrouvée parmi les autres critères sociaux étudiés, notamment la reconnaissance en tant qu'handicapé, la pension d'invalidité ou le RSA. La réévaluation à 1 an post-opératoire semble trop précoce pour pouvoir juger d'un effet sur les prestations sociales, certaines prestations n'étant pas forcément réévaluées de façon annuelle.

Nous voulions explorer l'aspect multidimensionnel de la précarité grâce à l'utilisation du score EPICES.

Deux études ont été retrouvées en France s'interrogeant sur la précarité des patients candidats à une chirurgie bariatrique : les patients étaient précaires avec des scores EPICES moyens aux alentours de 38, mais moins précaires que des patients obèses sans projet de chirurgie bariatrique (48,49). Une corrélation entre la précarité et le degré d'obésité avait également été mise en évidence lors de deux études françaises, dans le Nord Pas De Calais et au CHU de Bordeaux (50,51).

Contrairement à ces résultats, les patients de notre étude ne sont pas considérés comme précaires selon le seuil EPICES, avec une médiane de 15, sans changement significatif après la chirurgie.

Ces résultats sont à interpréter avec prudence, du fait du trop faible échantillon de patients (9%) ayant rempli le questionnaire EPICES, ne permettant pas de conclure concernant l'évolution de la précarité des patients obèses se faisant opérer. Cette faible « participation » au questionnaire EPICES s'explique par le fait que ce questionnaire n'était pas utilisé avant mai 2015. De plus, ce questionnaire n'est pas proposé à l'ensemble des patients mais proposé lors de l'évaluation sociale pouvant entraîner un biais de recrutement.

Afin d'avoir des données plus complètes et précises sur l'évolution de la précarité des patients obèses se faisant opérer dans le cadre du CSO Poitou Charentes, il serait intéressant de généraliser l'utilisation de ce score à tous les patients.

5. Limites et biais

La principale faiblesse de notre étude est qu'il s'agit d'une évaluation précoce en post-opératoire de la précarité des patients. Comme nous l'avons vu, la première année après chirurgie est un véritable bouleversement dans la vie des patients, avec de nombreux changements au niveau corporel, psychologique, et social nécessitant une adaptation à un nouveau mode de vie. Alors que certaines modifications dans la vie familiale apparaissent, ce délai d'évaluation semble trop précoce afin de pouvoir juger de changements au niveau professionnel et social.

En outre, notre étude est une étude monocentrique observationnelle et ses résultats ne sont donc que le reflet des caractéristiques des patients suivis au CSO Poitou Charentes et ne peuvent être généralisés, amenant un biais de recrutement.

De plus, l'absence de groupe contrôle ne nous permet pas de juger de l'effet spécifique de la chirurgie bariatrique sur les changements mis en évidence.

Enfin, l'analyse rétrospective implique un biais d'informations dans le recueil des données, en particulier au niveau des données sociales avec une certaine subjectivité et des données incomplètes. De plus, le recueil des données a été réalisé sur différents supports : dossier

médical informatisé, dossier médical papier, dossier infirmier et dossiers sociaux, faisant donc intervenir différents acteurs et pouvant majorer ce biais. Afin de limiter celui-ci, nous avons contacté certains patients dont les données étaient discordantes ou incomplètes, mais amenant un possible biais de mémorisation.

CONCLUSION

Cette étude rétrospective menée dans le cadre du CSO Poitou-Charentes conforte les données disponibles sur la chirurgie bariatrique dans la prise en charge de l'obésité : 1 an après chirurgie, l'excès pondéral est diminué de façon significative et la prévalence des comorbidités associées est réduite.

Sur le plan psycho-social, nos patients n'étaient pas précaires d'un point de vue multi-dimensionnel par l'utilisation du score EPICES, sans changement après chirurgie. Ce questionnaire était cependant peu utilisé.

Peu de changements étaient mis en évidence sur le plan professionnel, avec un taux d'emploi globalement stable. L'accès aux aides sociales était favorisé par l'intervention de l'assistante sociale au cours du suivi du patient.

Notre étude semble par contre être une des premières montrant une modification du statut marital, avec une augmentation des séparations après chirurgie ; la période post-opératoire précoce étant un véritable bouleversement dans la vie des patients, nécessitant une adaptation à un nouveau mode de vie.

Une évaluation à 2 ans voire 5 ans en post-opératoire serait intéressante afin de juger de l'impact à plus long terme de la chirurgie bariatrique sur la précarité psycho-sociale des patients. De plus, la généralisation de l'évaluation du caractère multi-dimensionnel de la précarité par le score EPICES semble importante et une étude prospective pourrait être envisagée avec la création d'une « fiche sociale » afin d'évaluer de manière plus précise la précarité des patients obèses suivis au CSO Poitou-Charentes.

BIBLIOGRAPHIE

1. ObEpi-roche 2012 - Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité [Internet]. [cité 29 mai 2017]. Disponible sur: http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf
2. Santin G, Herquelot E, Guéguen A, Carton M, Cyr D, Genreau M, et al. Estimation de prévalences dans Constances : premières explorations [Internet]. [cité 25 sept 2017]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/35-36/2016_35-36_3.html
3. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychol Bull.* 1989;105(2):260-75.
4. Paraponaris A, Saliba B, Ventelou B. Obesity, weight status and employability: Empirical evidence from a French national survey. *Econ Hum Biol.* 2005;3(2):241-58.
5. ORS PACA. Obésité et précarité : un lien certain mais complexe. Repère santé n°12 [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.sesstim-orspaca.org/syntheses_resultats/pdf/07-SY03.pdf
6. Hammond RA, Levine R. The economic impact of obesity in the United States. *Diabetes Metab Syndr Obes Targets Ther.* 2010;3:285-95.
7. Ministère de l'économie et des finances - Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? Trésor-Eco - n°179 - septembre 2016 [Internet]. [cité 25 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/File/427684>
8. Dobbs R, Sawers C, Thompson F, Manyika J, Woetzel J, Child P, et al. How the world could better fight obesity | McKinsey & Company [Internet]. [cité 25 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-the-world-could-better-fight-obesity>
9. Haut Comité de la Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé [Internet]. 1998. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/docspdf/hcsp/hc001043.pdf>
10. Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197389 personnes. *BEH.* 2006;(14/2006):94-6.
11. Haute Autorité de Santé - Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. [cité 31 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours?xtmc=&xtcr=2
12. Haute Autorité de Santé - Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte [Internet]. [cité 26 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_765529/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte
13. Haute autorité de santé - Fiche technique de l'anneau gastrique ajustable [Internet]. [cité 11 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/07r08_fiche_tech_chirurgie_obesite_anneau_gastrique.pdf

14. Haute autorité de santé - Fiche technique de la gastrectomie longitudinale [Internet]. [cité 11 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/07r08_fiche_tech_chirurgie_obesite_gastrectomie.pdf
15. Haute autorité de santé - Fiche technique du bypass gastrique [Internet]. [cité 11 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/07r08_fiche_tech_chirurgie_obesite_bypass.pdf
16. Haute autorité de santé - Fiche technique de la dérivation bilio-pancréatique [Internet]. [cité 11 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/07r08_fiche_tech_chirurgie_obesite_derivation_biliopancreatique.pdf
17. DGOS. Organisation des filières de soin pour la prise en charge de l'obésité sévère [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2014 [cité 7 juin 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/obesite-severe-organisation-des-filieres-de-soin-pour-la-prise-en-charge>
18. DGOS. La gradation des soins dans le plan obésité [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2012 [cité 12 sept 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/la-gradation-des-soins-dans-le-plan-obesite>
19. Schaaf C, Iannelli A, Gugenheim J. État actuel De la chirurgie bariatrique en France. *Acad Natl Chir.* 2015;14:104-7.
20. Sjöström L, Lindroos A-K, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, et al. Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 Years after Bariatric Surgery. *N Engl J Med.* 2004;351(26):2683-93.
21. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2004;292(14):1724-37.
22. Sjöström L, Peltonen M, Jacobson P, Ahlin S, Andersson-Assarsson J, Anveden Å, et al. Association of bariatric surgery with long-term remission of type 2 diabetes and with microvascular and macrovascular complications. *JAMA.* 2014;311(22):2297-304.
23. Netgen. La qualité de vie après chirurgie de l'obésité [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* 2004 [cité 23 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2487/23872>
24. Amichaud R, Charalambous CD, Barussaud M-L, Couderc J-P, Dugré T, Barthes T, et al. Qualité de vie après sleeve gastrectomie évaluée avec le WHOQOL-Bref et le IWQOL-Lite. *J Chir Viscérale.* 2014;151(4):A8.
25. Nadalini L, Zenti MG, Masotto L, Indelicato L, Fainelli G, Bonora F, et al. Improved quality of life after bariatric surgery in morbidly obese patients. Interdisciplinary group of bariatric surgery of Verona (G.I.C.O.V.). *Il G Chir.* 2014;35(7-8):161-4.
26. Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Langkafel M, Senf W, Hebebrand J. Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes.* 2003;27(11):1300-14.
27. Major P, Matłok M, Pędziwiatr M, Migaczewski M, Budzyński P, Stanek M, et al. Quality of Life After Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 2015;25(9):1703-10.

28. INSEE. Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles - PCS 2003 [Internet]. [cité 29 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregree/1>
29. Halimi S. Le rapport de la Cnamts sur la chirurgie bariatrique en France. /data/revues/19572557/00070004/375/ [Internet]. 2013 [cité 26 oct 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/842359>
30. INSEE. La demande d'emploi augmente, surtout pour les seniors–Bilan économique 2014 de Poitou-Charentes [Internet]. [cité 11 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2018128?sommaire=2018135>
31. Van Gemert WG, Adang EM, Kop M, Vos G, Greve JW, Soeters PB. A prospective cost-effectiveness analysis of vertical banded gastroplasty for the treatment of morbid obesity. *Obes Surg.* 1999;9(5):484-91.
32. Hawke A, O'Brien P, Watts JM, Hall J, Dunstan RE, Walsh JF, et al. Psychosocial and physical activity changes after gastric restrictive procedures for morbid obesity. *Aust N Z J Surg.* 1990;60(10):755-8.
33. Hawkins SC, Osborne A, Finlay IG, Alagaratnam S, Edmond JR, Welbourn R. Paid work increases and state benefit claims decrease after bariatric surgery. *Obes Surg.* 2007;17(4):434-7.
34. Wagner AJ, Fabry JM, Thirlby RC. Return to work after gastric bypass in Medicaid-funded morbidly obese patients. *Arch Surg Chic Ill 1960.* 2007;142(10):935-940; discussion 941.
35. Alfonso-Cristancho R, King WC, Mitchell JE, Ramanathan R, Sullivan SD, Belle SH, et al. Longitudinal Evaluation of Work Status and Productivity After Bariatric Surgery. *JAMA.* 2016;316(15):1595-7.
36. Durand-Moreau Q. Devenir socioprofessionnel des patients opérés de chirurgie bariatrique [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20096594/2013MCEM564/fichier/564F.pdf>
37. Tarride J-E, Breau R, Sharma AM, Hong D, Gmora S, Guertin JR, et al. The Effect of Bariatric Surgery on Mobility, Health-Related Quality of Life, Healthcare Resource Utilization, and Employment Status. *Obes Surg.* 2017;27(2):349-56.
38. Applegate KL, Friedman KE, Grant JP. Assessments of relationship satisfaction and stability one year after weight loss surgery (WLS): A prospective study. *Surg Obes Relat Dis.* 2006;2(3):310.
39. Clark SM, Saules KK, Schuh LM, Stote J, Creel DB. Associations between relationship stability, relationship quality, and weight loss outcomes among bariatric surgery patients. *Eat Behav.* 2014;15(4):670-2.
40. Rand CS, Kuldau JM, Robbins L. Surgery for obesity and marriage quality. *JAMA.* 1982;247(10):1419-22.
41. Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and Behavioral Aspects of Bariatric Surgery. *Obes Res.* 2005;13(4):639-48.

42. Kinzl JF, Trefalt E, Fiala M, Hotter A, Biebl W, Aigner F. Partnership, sexuality, and sexual disorders in morbidly obese women: consequences of weight loss after gastric banding. *Obes Surg.* 2001;11(4):455-8.
43. Ferriby M, Pratt KJ, Balk E, Feister K, Noria S, Needleman B. Marriage and Weight Loss Surgery: a Narrative Review of Patient and Spousal Outcomes. *Obes Surg.* 1 déc 2015;25(12):2436-42.
44. Camps, Zervos, Goode, Rosemurgy. Impact of Bariatric Surgery on Body Image Perception and Sexuality in Morbidly Obese Patients and their Partners. *Obes Surg.* 1996;6(4):356-60.
45. Hafner RJ. Morbid obesity: effects on the marital system of weight loss after gastric restriction. *Psychother Psychosom.* 1991;56(3):162-6.
46. Hafner RJ, Rogers J. Husbands' adjustment to wives' weight loss after gastric restriction for morbid obesity. *Int J Obes.* 1990;14(12):1069-78.
47. Wallwork A, Tremblay L, Chi M, Sockalingam S. Exploring Partners' Experiences in Living with Patients Who Undergo Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 2017;27(8):1973-81.
48. Catheline J-M, Bouzid K, Le Clesiau H, Bonnel C, Dbouk R, Bendacha Y, et al. Précarité chez les candidats à une chirurgie bariatrique. *J Chir Viscérale.* 2014;151(4):A8.
49. Fysekidis M, Catheline J, Bouzid K, Bihan H, Kouacou N, D'almeida C, et al. La précarité psychosocio-économique reste un obstacle important sur la décision de chirurgie bariatrique. *Diabetes Metab.* 2016;42(Supplement 1):A90.
50. Paix Y, Bresson R, Coliche V, Lepeut M, Verier-Mine O, Verlet E, et al. Lien entre précarité sociale et obésité. *Diabetes Metab.* 2012;38:A93.
51. Loddio C, Rémi A, Tabarin A, Tabarin A, Monsaingeon M, Gatta-Cherifi B. L'impact de la précarité dans l'obésité dans la filière Surcharge Pondérale du service d'Endocrinologie, Diabétologie, Maladies Métaboliques et Nutrition au CHU de Bordeaux. *Diabetes Metab.* 2016;42:A87.

ANNEXES

Annexe 1 : formules

Poids idéal : Formule de Lorentz

- Sexe féminin : Poids idéal = Taille (cm) - 100 - [Taille (cm) - 150] / 2,5
- Sexe masculin : Poids idéal = Taille (cm) - 100 - [Taille (cm) - 150] / 4

Pourcentage de Perte d'Excès de Poids (PEP) (PEP)

$$\text{PEP} = \frac{[(\text{Poids à } t_0 - \text{Poids idéal}) - (\text{Poids à } t_1 - \text{Poids idéal})]}{(\text{Poids à } t_0 - \text{Poids idéal})}$$

Annexe 2 : Questionnaire pour calcul du score EPICES

Score EPICES

Les 11 questions du score Epices

N°	Question	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10	En cas de difficultés, il y a t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, il y a t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
Constante		75,14	
Total			

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

RESUME ET MOTS CLES

Quel impact de la chirurgie bariatrique sur la précarité des patients obèses morbides ? Etude rétrospective menée au CSO Poitou-Charentes.

INTRODUCTION :

La chirurgie bariatrique a démontré son efficacité en termes de perte de poids et d'amélioration des comorbidités chez les patients obèses morbides. Un lien entre l'obésité et la précarité est connu et la précarité revêt un caractère multi-dimensionnel. Nous avons voulu explorer l'impact de la chirurgie bariatrique sur la précarité psycho-sociale des patients obèses.

MATERIEL ET METHODES :

Etude rétrospective, observationnelle, transversale incluant les patients opérés entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2015 dans le cadre du CSO Poitou-Charentes. Les données étaient recueillies en pré-opératoire et à 1 an en post-opératoire par analyse des dossiers médicaux. Elles concernaient : les caractéristiques générales des patients ; les comorbidités associées à l'obésité ; le statut professionnel ; le statut marital ; l'accès aux aides sociales ; le score de précarité EPICES.

RESULTATS :

167 patients ont été analysés, dont une majorité de femmes (83 %). Les types de chirurgie les plus réalisées étaient la sleeve gastrectomy (50 %) et le by pass gastrique (48 %). L'IMC en post-opératoire était significativement réduit ($32 \pm 7 \text{ kg/m}^2$ vs $47 \pm 8 \text{ kg/m}^2$ en pré opératoire, $p < 0,0001$) ; avec une PEP médiane de 63 %. Les comorbidités étaient améliorées de façon significative pour l'HTA (31 % vs 42 %), le diabète de type 2 (16 % vs 32 %), la dyslipidémie (11 % vs 24 %) et les complications ostéoarticulaires (16 % vs 20 %). Sur le plan professionnel, peu de changement était mis en évidence avec une proportion de patients en activité passant de 56 % à 60 %. 18 % des patients inactifs ont retrouvé un emploi après chirurgie. Sur le plan familial, la majorité des patients étaient en couple avant chirurgie (76 %), mais cette proportion diminua à la faveur des séparations de façon significative après chirurgie ($p = 0,0008$). Sur le plan social, il y avait une augmentation significative du nombre de patients couverts par la CMUc après chirurgie (11 % vs 7 %, $p = 0,0082$). Selon le score EPICES, les patients n'étaient pas précaires (score médian à 15), sans différence significative après chirurgie.

CONCLUSION :

Notre étude est une des premières à montrer une augmentation des séparations un an après chirurgie. Par ailleurs, la situation professionnelle des patients restait stable, avec cependant un accès aux aides sociales favorisé par la prise en charge pluridisciplinaire. L'implication de l'entourage du patient semble donc indispensable lors du projet de chirurgie bariatrique du fait d'un véritable bouleversement du mode de vie en post-opératoire. Une étude à plus long terme serait intéressante afin de confirmer ces données.

MOTS-CLES : Obésité, Chirurgie bariatrique, Précarité, Emploi, Statut marital

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis 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. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

