

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

Céline Loddo, Rémy Amour, Antoine Tabarin, Maud Monsaingeon, Blandine Gatta-Cherifi
Endocrinologie, Diabétologie, Maladies Métaboliques et Nutrition, CHU Bordeaux, Pessac, France

Introduction

L'obésité est une maladie chronique grave devenue une véritable épidémie mondiale. Son lien avec la précarité, également en progression, a été à de nombreuses reprises observé. Cependant, le retentissement de la précarité sur la prise en charge de l'obésité est mal établi notamment en terme de complications, d'adhésion au suivi et de perte de poids engendrée.

Méthode

140 patients obèses, 40 patients diabétiques et 71 patients d'endocrinologie ont été inclus. Le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé) a été utilisé pour définir la précarité (score > 30). Pour les patients obèses, nous avons recueilli l'indice de masse corporelle, le tour de taille, l'existence de complications et un score d'activité physique. L'évolution après 8 +/- 4 mois de suivi a pu être analysée pour 87 patients (pourcentage de perte de poids, complications).

Résultats 1

Les patients obèses et diabétiques étaient plus précaires que les patients hospitalisés en endocrinologie (score EPICES respectifs de 29 +/- 19,41 et 29,86 +/- 23,01 vs 18,92 +/- 14,95 ; p<0,001 et p<0,05) (Figure 1).

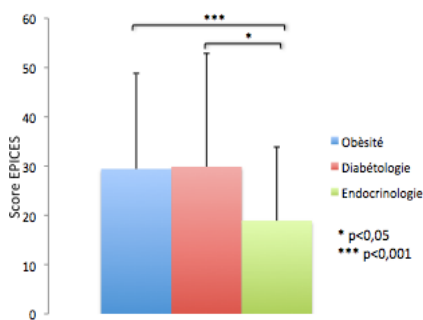


Figure 1 : Score EPICES en fonction du secteur d'hospitalisation

Résultats 2

Les patients obèses précaires avaient un IMC et un IMC maximal atteint au cours de la vie significativement plus élevés que les patients obèses non précaires. Leur tour de taille était aussi plus élevé. En revanche, les complications métaboliques n'étaient pas plus fréquentes (Table 1).

	Non précaire (EPICES < 30)	Précaire (EPICES > 30)	p
Nombre de patients	73	67	
Femmes (%)	71	71	NS
Age (ans)	50 ± 13	48 ± 12	NS
IMC (kg/m ²)	40,9 ± 5,5	43,8 ± 8,4	0,02
Poids (kg)	112,2 ± 19,1	120,0 ± 30,1	0,07
IMC max (kg/m ²)	42,3 ± 5,2	46,1 ± 8,6	0,002
Poids max (kg)	116,4 ± 19,4	126,0 ± 30,1	0,03
Tour de taille (cm)	121 ± 13	127 ± 21	0,05
Diabète de type 2	16	15	NS
Glycémie à jeun (g/l)	1,04 ± 0,24	1,09 ± 0,39	NS
HbA1C (%)	5,89 ± 0,80	6,1 ± 1,3	NS
HTA traitée	31	35	NS
Dyslipidémie traitée	30	32	NS
TG (g/l)	1,38 ± 0,60	1,48 ± 0,71	NS
HDL (g/l)	0,50 ± 0,12	0,48 ± 0,15	NS
LDL (g/l)	1,30 ± 0,35	1,26 ± 0,39	NS
ASAT (UI/l)	33 ± 16	32 ± 18	NS
ALAT (UI/l)	39 ± 21	40 ± 23	NS
GGT (UI/l)	57 ± 56	58 ± 59	NS
SAS appareillé	22	20	NS

Table 1: caractéristiques des patients obèses en fonction du score EPICES

Résultats 3

L'adhésion au suivi et la perte de poids (Figure 2A) n'étaient pas différentes selon le score EPICES.

Le score d'activité physique avait tendance à être plus faible chez les patients précaires (6 +/- 3 vs 8 +/- 3 ; p=0,08) (Figure 2B).

Figure 2A : Perte de poids en fonction du score EPICES

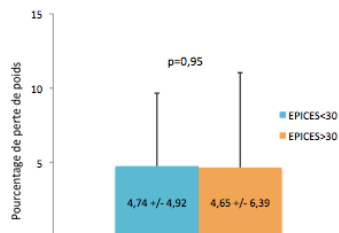
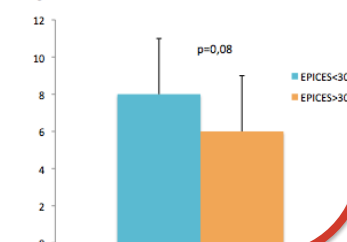


Figure 2B : Score d'activité physique en fonction du score EPICES



Discussion-Conclusion

Les patients obèses précaires sont plus obèses mais ne sont pas plus compliqués que ceux non précaires. Ils adhèrent tout aussi bien au suivi et ont un pourcentage de perte de poids identique bien que leur activité physique semble être plus faible. La précarité ne doit pas être un frein à la prise en charge et nécessite d'être dépistée chez ces patients dont l'obésité est plus importante et potentiellement plus compliquée. La prise en charge devrait être adaptée en terme de conseils diététiques et d'activité physique. Le développement d'ateliers d'activités physiques adaptées dans les zones défavorisées pourrait améliorer cette prise en charge.