

INTRODUCTION

L'obésité (Indice de Masse Corporelle ou IMC ≥ 30 kg/m²) est une maladie chronique préoccupante tant par ses conséquences médicales et psycho-sociales que par sa progression rapide depuis 15 ans. La prévalence de l'obésité chez l'adulte français de plus de 18 ans était de 14,5% en 2009 (13,1% en 2006) : **en Région Centre (RC) sa prévalence était de 17,7%** (13,7% en 2006) [enquête en population générale : OBEPI 2009]. L'obésité nécessite une prise en charge globale pluridisciplinaire et au long cours. Chez des patients sélectionnés, la chirurgie de l'obésité (chirurgie bariatrique) associée aux modifications de l'alimentation, et d'activité physique est efficace sur la perte de poids, améliore certaines comorbidités ainsi que la qualité de vie et diminue la mortalité. En 2009, la Haute Autorité de Santé a émis des recommandations pour encadrer indications, prise en charge et suivi de cette chirurgie qui s'est rapidement développée.

Notre étude, réalisée à partir des données hospitalières du PMSI permet un état des lieux de la prise en charge de l'obésité en RC de 2006 à 2009. Elle ne concerne que des patients hospitalisés en court séjour et repose sur le codage des diagnostics et actes des résumés standardisés de sortie. Les codes d'obésité ont toujours existé mais 2 précisions de catégorie d'IMC ont été créées en 2006 ($30 \leq \text{IMC} < 40$ et $\text{IMC} \geq 40$) et une 3^{ème} en 2009 ($\text{IMC} \geq 50$).

MÉTHODES

Sont étudiés les séjours :

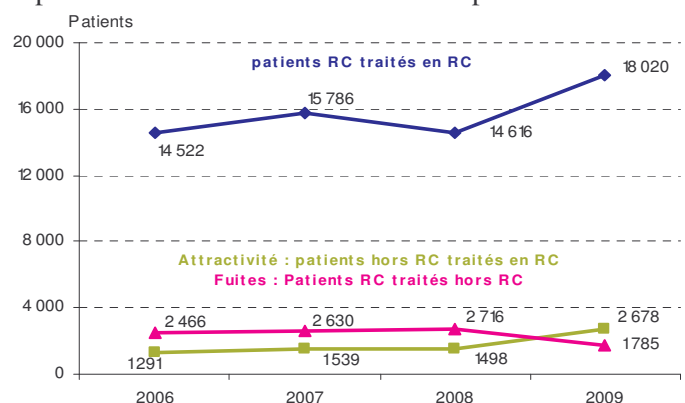
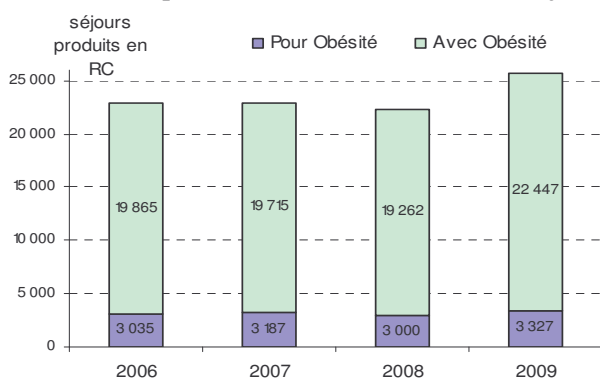
- «séjours POUR et AVEC obésité», tout séjour hospitalier chez un obèse, quel que soit le motif du séjour : présence d'un **code d'obésité** (E66_) quelque soit sa position (diagnostic principal, relié et/ou associé)
- «séjours POUR obésité», séjours hospitaliers dont la finalité principale est l'obésité : **code d'obésité** en Diagnostic principal ou relié, et tout séjour avec un acte de chirurgie bariatrique. Les actes de chirurgie bariatrique sont répertoriés dans un chapitre spécifique dédié à cette activité (chap.07.03.02.09) de la CCAM.

L'étude décrit les séjours produits en établissements de santé de la Région Centre, puis les caractéristiques épidémiologiques des patients pris en charge POUR obésité en RC (attractivité comprise).

PRINCIPAUX RÉSULTATS 2006-2009

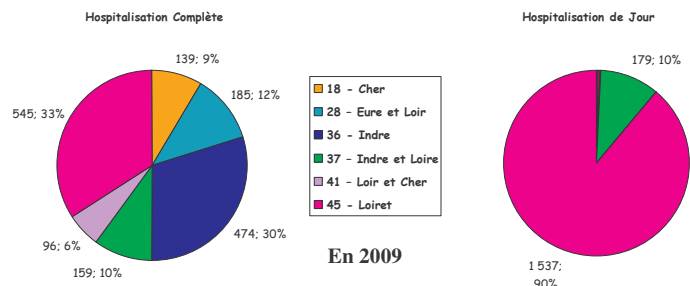
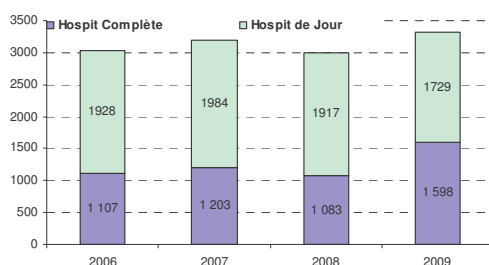
AUGMENTATION DES SÉJOURS/PATIENTS « POUR ET AVEC OBÉSITÉ » EN RC EN 2009

Stables depuis 2006, les séjours POUR et AVEC Obésité produits en RC augmentent de 16% en 2009. Cette augmentation est encore plus importante pour le nombre de patients obèses traités en RC (+ 28%), car pour la 1^{ère} fois en 2009 on note plus d'attractivité que de fuites. En 2009, 3% des séjours hospitaliers produits en RC surviennent chez des patients obèses.



SÉJOURS POUR OBÉSITÉ EN RC: FORTE DISPARITÉ DÉPARTEMENTALE DE PRISE EN CHARGE

En 2009, augmentation des séjours pour obésité : forte progression des hospitalisations complètes, diminution des hospitalisations de jour, qui restent cependant prépondérantes, mais majoritairement réalisées dans le Loiret.



	2006		2007		2008		2009	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Séjours chirurgicaux	551	18	566	18	542	18	699	21
dont chirurgie bariatrique	519		535		508		659	
dont chirurgie plastique	28		25		31		36	
Séjours médicaux	2 484	82	2 621	82	2 458	82	2 628	79
Total Séjours "POUR"	3 035	100	3 187	100	3 000	100	3 327	100

2009	Chirurgie Bariatrique	Chirurgie Plastique	Séjours Médicaux	TOTAL
18 - Cher	98	8	36	143
28 - Eure et Loir	104		88	192
36 - Indre	22	1	453	476
37 - Indre et Loire	55	23	260	338
41 - Loir et Cher	62		34	96
45 - Loiret	318	4	1 757	2 082
Région Centre	659	36	2 628	3 327

Les séjours médicaux sont relativement stables, majoritairement réalisés dans le secteur public.

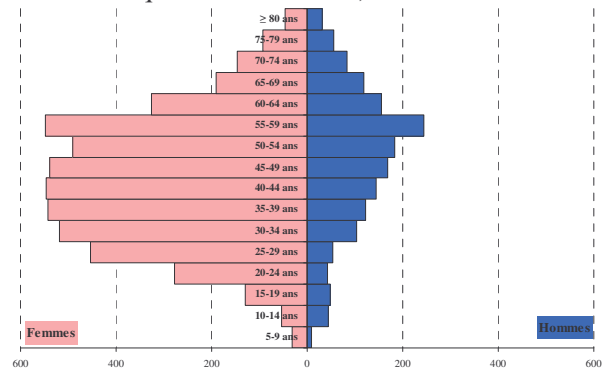
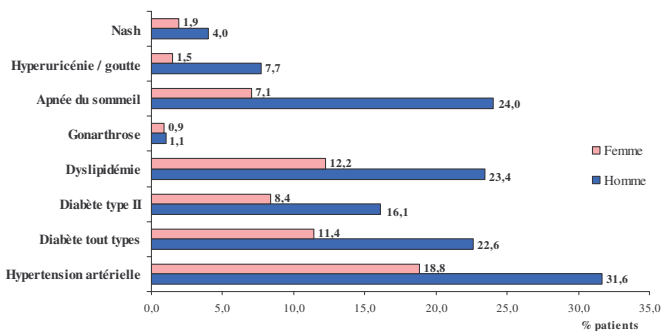
La chirurgie bariatrique augmente de 29% entre 2008 et 2009, réalisée majoritairement dans le privé et concentrée sur quelques établissements (4 font 72% de l'activité). On note une forte disparité départementale: le Loiret réalise en 2009, 62% des séjours de la région pour obésité et 48 % des séjours bariatriques (2 étab. Privés et 1 Public).

2009	Chirurgie				Médecine		TOTAL	
	Bariatrique		Plastique		Séjours	%	Nb Séjours	%
Etablissements privés	490	74	15	42	802	31	1 308	39
Etablissements publics	169	26	21	58	1 826	70	2 019	61
RÉGION CENTRE	659	100	36	100	2628	100	3327	100

PATIENTS HOSPITALISÉS POUR OBÉSITÉ EN RC: JEUNES, 4 FOIS PLUS DE FEMMES, COMORBIDITÉS FRÉQUENTES

Le nombre annuel de patients pris en charge « POUR » obésité en Région Centre est presque stable de 2006 à 2008 (+ 2,6%) mais connaît une forte augmentation (21%) en 2009. Sur les 4 années, la file active comprend 6 539 patients distincts : sex-ratio à 0,24, âge moyen des patients au moment de leur 1ère hospitalisation POUR obésité en RC 45 ans (médiane : 46 ans). Parmi eux, il y a eu 1 décès à l'hôpital.

Les Comorbidités sont fréquentes (HTA 22%, apnées du sommeil 11%, diabète de type II 10%, dyslipidémie 15%, hyperuricémie 3%, stéatose hépatique non alcoolique 2%...) et très fortement liées à l'IMC (2 fois plus de comorbidités quand l'IMC est ≥ 50) et au sexe (environ 2 fois plus de comorbidités chez l'homme que chez la femme).



PATIENTS OPÉRÉS DE CHIRURGIE BARIATRIQUE EN RC: DES FEMMES JEUNES, DONT L'IMC EST ≥ 40 DANS PLUS DE 70 %

657 patients sont opérés en 2009 en Région Centre (versus 503 en 2008 : +31%) dont 622 habitent la RC (dont 40% habitent le 45).

chir bariatrique en RC pour des patients de RC	2006	2007	2008	2009	Taux /100 000 h
18 - Cher	86	89	65	94	29
28 - Eure et Loir	58	67	79	114	26
36 - Indre	25	31	13	32	13
37 - Indre et Loire	69	76	37	40	7
41 - Loir et Cher	86	67	79	81	24
45 - Loiret	150	160	194	261	39

Sur les quatre années, la file active comporte 282 hommes et 1 785 femmes, d'où un sex-ratio de 0,16 et une moyenne d'âge de 39 ans (médiane = 38, étendue : 18-72 ans). Entre 2006 et 2008, l'IMC per-opérateur est renseigné dans 65% des cas, et pour 3/4 d'entre eux ≥ 40 kg/m². En 2009, l'IMC est très bien renseigné (97% des cas) : 63% ont un IMC compris entre 40 et 50, 9% ont un IMC ≥ 50 . Pour 343 patients ayant eu 2 IMC renseignés AVANT/APRÈS la chirurgie (2006-2009) : on note une diminution de catégorie d'IMC dans 55% des cas, pas de changement dans 39% des cas, et une augmentation dans 6% (sous estimation, car les séjours dont l'IMC est <30 ne sont plus dans la base de données). Les patients opérés n'ont pas plus de comorbidités que l'ensemble de la cohorte. L'ensemble des éléments épidémiologiques (âge, sex-ratio, comorbidités) suggèrent que l'intervention est réalisée plutôt pour un effet « silhouette ». 97% des interventions sont faites par coelioscopie : Anneau (64%), By-pass (26%), Gastrectomie verticale (10%). On ne note pas de décès, mais 10% de complications codées au vu des codes CIM10 (8% mécaniques, 1% infectieuses, 1% hémorragiques), et 7% des patients ont un 2ème acte de chirurgie bariatrique

CONCLUSIONS

Malgré ses limites, et le champ d'action strictement hospitalier court-séjour de cette étude, le PMSI doté de ses nouveaux codes intégrant la catégorie d'IMC devient un outil intéressant de suivi de l'obésité. En RC, il existe une forte disparité départementale de prise en charge, reflet de l'offre de soins. Le Loiret sur-concentre l'ambulatoire et la chirurgie bariatrique. La chirurgie bariatrique « explose » en 2009, le PMSI permet d'en surveiller les indications (IMC et comorbidités). L'analyse du suivi gagnerait à être développée (suivi et analyse de l'ensemble des séjours de la cohorte opérée et sur plus longtemps).

Nous remercions pour ses avis et remarques le Pr C.COUET, CHRU de Tours