

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE
16, RUE BONAPARTE - 75272 PARIS CEDEX 06
TÉL : 01 42 34 57 70 - FAX : 01 40 46 87 55

www.academie-medecine.fr

RAPPORT

Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie. L'Académie Nationale de Médecine saisie dans sa séance du mardi 5 décembre 2017, a adopté le texte de ce rapport avec 68 voix pour, 5 voix contre et 15 abstentions.

Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique

Claude JAFFIOL, Jacques BRINGER, Jean-Paul LAPLACE, Catherine BUFFET* au nom de la Commission XI** (Appareil digestif – Alimentation – Nutrition – Maladies métaboliques)

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de cet article

MOTS CLÉS : CHIRURGIE BARIATRIQUE, SUIVI, COMPLICATIONS, MÉDECINS GÉNÉRALISTES

KEY WORDS: BARIATRIC SURGERY, FOLLOW UP, COMPLICATIONS, GENERAL PRACTITIONER

RÉSUMÉ

Le nombre de patients ayant bénéficié, en France, d'une intervention de chirurgie bariatrique a été multiplié par trois entre 2006 et 2014. Cet engouement ne doit pas faire oublier que plus de la moitié de ces patients sont perdus de vue, malgré le risque de graves complications post-opératoires et de séquelles souvent sous-estimées.

L'Académie nationale de médecine propose une démarche pragmatique et des pistes concrètes de solution. Le suivi de ces patients ne pourra être assuré sans augmenter le nombre de professionnels de santé impliqués dans leur parcours de soins. Les médecins généralistes, du fait de leur nombre,

* Membre de l'Académie nationale de médecine.

** Claude Attali¹, Jacques Bringer², Catherine Buffet², Jean Marc Chevallier³, Claude Choisy², Muriel Coupaye⁴, Jacques Delarue⁴, Anne Fouard⁵, Claude Giudicelli², Claude Jaffiol², Jean Paul Laplace², Ambroise Martin⁶, Nicole Priollaud², Claude Vincent⁷

Institutions
Académie nationale de médecine² (ANM), Société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques³ SOFFCO-MM, Collège national des généralistes enseignants (CNGE) et Collège de médecine générale¹ (CMG), Fédération française de nutrition⁴ (FFN), Nutrition et biochimie-Université Claude Bernard Lyon I⁶, Association pour la prévention du risque cardio métabolique⁷ (APRC), Caisse Nationale d'Assurance Maladie

leur répartition sur le territoire, et leur proximité des patients, pourraient-ils participer à ce suivi ? Sous quelles conditions peut-on valider cette hypothèse ? Qu'en pensent les autres professionnels de santé, notamment les chirurgiens bariatriques, et les patients eux-mêmes ?

Pour répondre à ces questions, un sondage national a été effectué auprès d'un échantillon de chirurgiens, de patients déjà opérés et de médecins généralistes pour évaluer comment l'intégration de ces derniers dans le parcours de soins pourrait améliorer le suivi de ces patients. Au vu des résultats, il apparaît que le médecin généraliste est effectivement le mieux à même de pallier l'insuffisance de suivi de ces patients, à condition d'être formé et investi au sein d'un parcours de soins mieux coordonné sur la base de relations interprofessionnelles de qualité.

Les sociétés savantes, réunies sous l'égide de l'Académie, alertent sur l'absence de recul pour évaluer cette chirurgie. Elles s'engagent à mettre en œuvre une procédure collective pour mobiliser les médecins généralistes et lancer une expérimentation afin de valider les nouvelles recommandations qu'elles formulent à l'intention des autorités sanitaires.

SUMMARY

Bariatric procedures have increased three fold in France between 2006 and 2014. However, more than half of the patients are lost to follow-up after surgery with the risk of severe complications. Taken in account this major public health concern, the French Academy of medicine has undertaken a pragmatic approach to propose solutions. It appeared that the follow up of the patients could not be improved without increasing the number of health care professionals in the health care organization with a better organization of therapeutic patient's education. The question raised concerns the role of general practitioners as the best choice to assume the control of the patients during their follow up.

A national survey used specific questionnaires was sent to three groups, surgeons, general practitioners and patients. The replies were collected and evaluated for each group and then crossed between the three groups. The results confirmed that improving the follow up of the patients is mainly based on the relationship between health care professionals with the development of collaborative clinical pathways. General practitioners appear as the best way to assume the long term control of the patients. Because of its novelty, this practice is not yet evaluated or fully regulated.

This is why learned societies brought together under the aegis of the French National Academy of

Medicine have proposed new guidelines to the French health authorities while committing to implement a collective procedure to mobilize general practitioners and all health professionals involved in the pre, post-operative and long term control of patients having undertaken bariatric surgery.

INTRODUCTION

Le nombre de patients ayant bénéficié, en France, d'une intervention de chirurgie bariatrique a été multiplié par trois entre 2006 et 2014, passant de 15 000 à 46 911 par an (*Annexe 1*). Cette évolution s'explique autant par les excellents résultats relatifs à la perte pondérale souvent très importante que par l'amélioration voire la rémission spectaculaire des comorbidités et la diminution des taux de mortalité chez les patients opérés comparés à des témoins (1, 2,3)

Cette tendance risque de s'accroître avec de nouvelles indications, telles le diabète, pour lesquelles la décision opératoire ne dépendra plus seulement du niveau de surcharge pondérale mais de l'importance du déséquilibre métabolique.

Les techniques chirurgicales ont évolué au cours du temps : l'anneau gastrique ajustable, qui était l'intervention la plus couramment pratiquée en 2006 ne représente plus que 9 % des interventions en 2014 ; actuellement, la gastrectomie longitudinale (sleeve gastrectomy) est deux fois plus choisie que les « bypass » (court-circuit gastrique ou intestinal) avec 61 % des interventions. Quarante pour cent des interventions sont faites par laparoscopie. Quelle que soit la technique utilisée, **des complications (*Annexe 2*)** peuvent survenir en post-opératoire, et de graves séquelles, en particulier sous forme de carences multiples, peuvent apparaître à moyen et long terme, d'autant que de nombreux patients sont perdus de vue. **Toutes les parties concernées dans le suivi de ces patients doivent donc prendre conscience de la nécessité de mettre en œuvre une stratégie coordonnée apte à assurer un parcours de soins de qualité.**

A - UN CONSTAT ALARMANT

Le suivi à moyen et long terme est très insuffisant.

L'étude suédoise SOS (*Swedish Obese Subjects*) [1] montre que le pourcentage de sujets régulièrement suivis est respectivement de 47,6 % et de 9 %, 10 et 15 ans après la chirurgie. Au Royaume Uni, dans une cohorte de 2079 opérés, seuls 43 % de patients sont encore revus à 2 ans et ce pourcentage chute à 8 % à 5 ans [4]. Aux Etats-Unis (Miami), sur plus de 3000 patients opérés,

56 %, 55 % et 28 % consultent respectivement à 6 mois, 1 an et 2 ans [5]. Dans les études portant sur le suivi à plus de 2 ans, seulement 0,4 % des publications (29 sur 7 371) mentionnent un suivi supérieur à 80 % des opérés [6].

En France, 5 ans après la chirurgie, la qualité du suivi peut être considérée comme satisfaisante chez seulement 12 % des patients. Malgré la création de 37 Centres spécialisés de l'obésité (CSO) (7) et établissements partenaires, la prise en charge des malades ayant une obésité sévère ou multi-complicquée reste insuffisante dans 38 % des cas [8-9].

Or, les patients perdent moins de poids lorsqu'ils ne se rendent pas aux consultations de contrôle et encourent des risques de complications neurologiques (carence en vitamines B1 et B12 notamment) d'autant plus graves que celles-ci sont insidieuses car elles surviennent parfois plusieurs années après l'opération. L'éducation thérapeutique qui permettrait d'informer les patients et d'améliorer l'observance n'est pas suffisamment mise en œuvre par les centres de chirurgie bariatrique.

Cette situation d'échec connaît quelques rares exceptions, comme les Pays-Bas, où la Caisse Nationale de l'assurance maladie (CNAM) a pu évaluer, lors d'un voyage d'étude, les conditions de réussite d'un suivi des patients opérés de l'obésité.

L'analyse de l'annexe 3 permet de retenir que les bons résultats obtenus dans le suivi des patients tiennent à une excellente coordination entre les différentes structures chargées de leur prise en charge et à l'implication du médecin généraliste à toutes les étapes du parcours de soins. Cette organisation contribue à maintenir à un haut niveau la motivation des malades et constitue un modèle d'efficacité.

B - UNE RÉPONSE ACTUELLEMENT INSATISFAISANTE

Les recommandations concernant le suivi des patients opérés de l'obésité existent, mais elles sont peu connues et mal appliquées, ce qui justifie les questions suivantes : *Comment améliorer leur impact ? Comment assurer un suivi plus efficace ? Avec quels intervenants ? Dans quelles conditions afin de faciliter l'adhésion des patients ?*

- **les chirurgiens** : il leur appartient de prendre en charge les complications chirurgicales et le contrôle à court terme des opérés, mais ils ne peuvent assurer un suivi à long terme, en particulier répondre à l'exigence d'un soutien et d'une surveillance de proximité.

- **les médecins des centres de référence de l'obésité (CSO)** doivent, en principe, assurer le suivi de ces patients, mais, de même que les médecins nutritionnistes, ils ne sont pas assez nombreux. De plus, la disparité dans l'accessibilité à ces centres et les inégalités territoriales de densité en spécialistes de la nutrition ne permettent pas une prise en charge de ces patients similaire partout en France.

- **les médecins généralistes** mieux répartis sur le territoire, pourraient contribuer à résoudre le problème de santé publique posé par l'insuffisance de suivi des patients obèses opérés. (*Atlas de la démographie médicale 2016 /CNOM*) Ce suivi s'inscrit dans leur mission : prise en charge des maladies chroniques, mise en œuvre de l'éducation pour la santé et coordination des soins (*Code de la santé publique - article L.4130-1*) Cependant, ils invoquent un manque de temps et une rémunération insuffisante dans la mesure où il s'agit selon eux de patients complexes face auxquels ils s'estiment insuffisamment formés.

- **Les infirmier(e)s** sont de mieux en mieux investis dans les parcours de soins, mais leurs consultations, en exercice libéral et en établissements privés, ne sont pas suffisamment valorisées.

- **Les diététicien(ne)s** manquent souvent d'une formation spécifique et ils ne bénéficient pas d'une prise en charge par les assurances sociales.

- **Les psychologues** pourraient participer à la prise en charge ces patients dont on sait qu'ils peuvent présenter des troubles psychiques importants (dont témoigne un taux de suicides élevé après l'intervention) (*Annexe 2*), mais leurs consultations ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie.

*

* *

Sous la présidence du Pr Claude Jaffiol, Président de l'Académie nationale de médecine, et en collaboration avec l'Association pour la Prévention du Risque Cardiométabolique (APRC), un groupe de travail pluridisciplinaire a été créé à l'Académie nationale de médecine. Ce groupe a réuni les représentants désignés par les sociétés savantes impliquées dans le parcours de soins des

patients opérés de l'obésité : l'Association francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques (SOFFCO-MM), le Collège national de des Généralistes enseignants (CNGE) et le Collège de la médecine générale (CMG), la Fédération Française de Nutrition (FFN).

C - OBJECTIF DU GROUPE DE TRAVAIL

L'objectif principal est d'étudier les solutions permettant de surmonter les difficultés du suivi et de limiter le nombre des « perdus de vue ».

Ces patients ont souvent mal vécu leur obésité et les échecs des prises en charge antérieures. Après l'intervention chirurgicale, ils se considèrent guéris, méconnaissant qu'un suivi à vie est indispensable [9]. Une information et un accompagnement régulier, facilités par un soutien de proximité, peuvent favoriser leur adhésion à une surveillance. Les médecins généralistes sont incontournables en raison de leur connaissance des patients et de leur environnement psycho-social dont chacun reconnaît le rôle essentiel dans le pronostic à long terme.

Pour vérifier sur des arguments objectifs cette hypothèse, nous avons engagé une enquête auprès de trois échantillons impliqués dans le suivi des sujets opérés en chirurgie bariatrique, chirurgiens, médecins généralistes et patients.

D - MÉTHODE D'ÉTUDE

Notre enquête est fondée sur des questionnaires établis pour chacun des trois groupes concernés, chirurgiens, patients et médecins généralistes. Les diverses étapes de ce processus sont exposées en détail dans l'annexe 4.

E – ANALYSE DES RESULTATS (ANNEXE 5)

Les médecins généralistes déplorent un manque de dialogue avec les chirurgiens. Ils se disent rarement informés du programme personnalisé de soins, des conseils d'adaptation des traitements, des prescriptions diététiques, des données pratiques pour l'activité physique, de la conduite à tenir en cas d'urgence. 70 % disent recevoir le compte-rendu opératoire ; ils souhaiteraient en outre disposer d'un numéro de téléphone d'urgence ou d'une adresse mail en cas de problème. Ils s'estiment insuffisamment rémunérés pour assurer un suivi complexe et chronophage... *Mais, parmi le petit nombre de ceux qui ont déjà assuré ce type de suivi, 48% considèrent que la coordination*

du suivi à long terme est bien une mission du médecin généraliste.

Ce défaut de dialogue est confirmé par les réponses des chirurgiens bariatriques : 29 % confient aux patients les recommandations de suivi à remettre au médecin généraliste, 14 % proposent un programme personnalisé de soins et 4 % une simple lettre. 99% des chirurgiens conseillent aux malades en cas d'urgence d'appeler le centre où ils ont été opérés. En ce qui concerne l'entretien préopératoire, ils considèrent qu'il doit être fait en collaboration avec le diététicien ou le médecin nutritionniste, et pour 19 % seulement avec le médecin généraliste. Quant au suivi postopératoire, *les deux tiers des chirurgiens « envisagent » une collaboration avec les généralistes*, mais de préférence dans leur service, éventuellement en alternance, sans, toutefois, confier au médecin généraliste le suivi avant 12 mois après l'intervention.

Les patients ne semblent pas imaginer être suivis par leur médecin généraliste immédiatement après l'intervention. En cas d'urgence, ils ne pensent pas à l'appeler. Ils souhaitent en majorité être suivis par un spécialiste de la nutrition à qui ils font deux fois plus confiance (61% contre 30 % au médecin généraliste). Selon eux, le médecin généraliste connaît mal l'opération et ses conséquences ; il manque de temps, et ne leur propose d'ailleurs de les suivre que dans 11% des cas. *En revanche, trois ans après l'intervention, c'est le médecin généraliste qui leur semble le mieux à même de les suivre dans le cadre d'une relation de confiance sur la base d'une écoute plus attentive, en particulier sur les questions psychologiques et sociales.*

EN CONCLUSION

Chacun des trois groupes a une vision différente de la question, mis à part un accord unanime sur la nécessité d'obtenir des Assurances Sociales le remboursement de certaines prestations aujourd'hui non prises en charge (*vitamines et sels minéraux, consultations des diététiciens et des psychologues*). Toutefois, plus positivement, les sondages montrent aussi que l'amélioration du suivi des patients dépend d'une meilleure collaboration entre l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins.

* *

*

Le recours aux médecins généralistes s'impose pour améliorer la prise en charge des patients

opérés de l'obésité.

Les autorités sanitaires, sur l'exemple des Pays Bas, doivent prendre les mesures indispensables à une mobilisation des médecins généralistes, notamment en termes de reconnaissance du temps exigé par la durée de la consultation de suivi et d'éducation de ces patients.

C'est pourquoi, l'Académie nationale de médecine recommande que :

1. LE PATIENT SOIT clairement informé avant l'intervention qu'il ne suffit pas de perdre du poids pour être guéri ; en effet, même après une intervention bariatrique, il reste un malade chronique relevant d'un suivi à vie. Pour éviter les inévitables carences liées à l'intervention, prévenir les complications à court, moyen et long terme ainsi que l'apparition de comportements déviants et de mésusages (alcool, par exemple), il convient de personnaliser le parcours de soins et d'accompagner le patient, par des rappels automatiques de consultations, par exemple.

2. LES MEDECINS GENERALISTES*, qui bénéficient d'une connaissance des patients, en particulier sur le plan psychologique et environnemental, contribuent au parcours de soins de ces patients, sous réserve que :

- *le patient soit pris en charge **bien avant l'intervention** et tout au long du suivi ;*
- *l'équipe chirurgicale soit en contact avec le médecin généraliste avant l'intervention et tout au long du suivi. De manière optimale, ce dernier doit participer aux RCP (par téléphone si nécessaire), et collaborer aux programmes personnalisés de soins dans les sites bariatriques labellisés par la SOFFCO-MM ;*
 - *la Haute Autorité de Santé (HAS) doit réviser ses recommandations pour intégrer de façon effective la participation **des généralistes dès avant l'opération.***
 - *Une formation concrète et spécifique leur permette, en tenant compte de leurs contraintes professionnelles et de leurs besoins, de se familiariser avec ce suivi, **à partir de mises en situation et de cas pratiques (en présentiel ou en formation numérique à distance)**, comme le propose déjà la SOFFCO-MM avec des modules formation validés et déclinés à l'échelon régional ;*
 - *un accès facile aux moyens numériques les encourage à développer les relations interprofessionnelles*
(visioconférences, numérisation du parcours de soins...) et à *optimiser l'observance des*

patients (télémédecine, rappels automatisés, cahier de suivi, puce sur carte vitale..) ;

- *un forfait d'ETP* leur soit assuré pour ce suivi, notamment dans les Maisons de Santé pluri-professionnelles.

** Sur la base du volontariat, en concertation avec leurs sociétés savantes (CMG et CNGE), dans le cadre de la plate-forme de consensus mise en œuvre avec les autres sociétés savantes concernées, sous l'égide de l'Académie nationale de médecine.*

3. LES AUTORITES SANITAIRES (CNAM, HAS)

- *Veillent à ce que les RCP soient tenues* dans le respect des pré-requis réglementaires avant toute intervention de chirurgie bariatrique.
- *Exigent un dossier médical partagé entre les équipes chirurgicales et le médecin généraliste.*
- *Facilitent l'accès aux données médicales des patients* afin, d'une part, que les professionnels de santé en charge de ce suivi puissent mieux repérer les perdus de vue ; d'autre part, pour que l'engouement envers cette chirurgie soit compensé par une vigilance épidémiologique.
- *Diffusent des guides* à l'intention des professionnels de santé et des patients.
- *Augmentent le nombre de centres spécialisés de l'obésité sur la base d'une adéquation avec les besoins territoriaux.*
- *Favorisent, lorsque cela est possible, le recours aux médecins nutritionnistes*, qui doivent être présents dans le parcours de soins de ces patients, à la condition qu'ils soient dûment qualifiés et formés* et que leur nombre permette de répondre à l'accroissement des besoins sur l'ensemble des territoires.
- *Sensibilisent et forment les pharmaciens d'officine* afin qu'ils puissent repérer, informer, conseiller et orienter les personnes opérées en rupture de suivi médical.
- *Remboursent les dosages biologiques* nécessaires au suivi des patients opérés, les traitements de supplémentation en vitamines et minéraux, ainsi que les consultations des psychologues et des diététiciens spécifiquement formés.
- *Remboursent les actes relevant de la chirurgie bariatrique sur la base des consultations complexes.*

**Le Conseil de l'Ordre des Médecins (CNOM) ne reconnaît actuellement pour la Nutrition que les Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC I) Non qualifiants (2 ans d'études). Le DES Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition demandé par la FFN n'est pas reconnu à ce jour, et il*

suffit à nombre de médecins d'un Diplôme d'Université (DU) validé parfois en quelques jours pour se dire « nutritionnistes »...

4. LES SOCIETES SAVANTES s'engagent à mettre en place dès que possible des expérimentations pilotes afin de valider la pertinence de ces recommandations

** L'Académie Nationale de Chirurgie, dans la continuité de sa réunion d'experts sur le « Suivi du patient après chirurgie bariatrique » (30 janvier 2015), s'associe à ces conclusions et recommandations.*

RÉFÉRENCES

- [1] [Sjöström L](#), [Narbro K](#), [Sjöström CD](#), [Karason K](#), [Larsson B](#), [Wedel H](#), et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med*. 2007 ; 357:741-52.
- [2] [Adams TD](#), [Gress RE](#), [Smith SC](#), [Halverson RC](#), [Simper SC](#), [Rosamond WD](#) et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N.Engl. J. Med*. 2007 Aug 23;357(8):753-61.
- [3] [Arterburn DE](#), [Olsen MK](#), [Smith VA](#), [Livingston EH](#), [Van Scoyoc L](#), Yancy WS et al. Association between bariatric surgery and long-term survival. *JAMA*. 2015 Jan 6;313(1):62-70. doi: 10.1001/jama.2014.16968.
- [4] [Lalmohamed A](#), [de Vries F](#), [Bazelier MT](#), [Cooper A](#), [van Staa TP](#), [Cooper C](#), et al. Risk of fracture after bariatric surgery in the United Kingdom: population based, retrospective cohort study. *BMJ*. 2012 Aug 3;345:e5085. doi: 10.1136/bmj.e5085.
- [5] [Khorgami Z](#), [Arheart KL](#), [Zhang C](#), [Messiah SE](#), [de la Cruz-Muñoz N](#). Effect of ethnicity on weight loss after bariatric surgery. *Obes Surg*. 2015;25:769-76.
- [6] [Puzziferri N](#), [Roshek TB](#), [Mayo HG](#), [Gallagher R](#), [Belle SH](#), [Livingston EH](#). Long-term follow-up after bariatric surgery: a systematic review. *JAMA*. 2014 ; 312:934-42. 10.1001/jama.2014.10706.
- [7] Centres spécialisés et intégrés et établissements partenaires pour la prise en charge de l'obésité sévère et pour l'organisation des filières de soins dans les régions. <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/obesite-severe-organisation-des-filières-de-soin-pour-la-prise-en-charge>.
- (8)-] [Théreaux J](#), [Lesuffleur T](#), [Païta M](#), [Czernichow S](#), [Basdevant A](#), [Msika S](#), [Fagot-Campagna A](#) A long term follow up after bariatric surgery in a national cohort. *Br. J. Surgery*. 2017 Sep ; 104 (10) : 1362-1373. Doi :10.1002/bjs. 10557. Epub 2017 Jun 28
- [9] [Vidal P](#), [Ramón JM](#), [Goday A](#), [Parri A](#), [Crous X](#), [Trillo L](#), et al. Lack of adherence to follow-up visits after bariatric surgery: reasons and outcome. *Obes Surg*. 2014; 24:179-83

ANNEXES

- ANNEXE 1 -

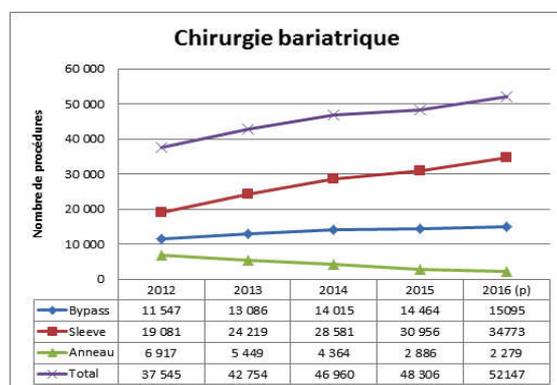
DONNÉES CHIFFRÉES

En 2014, la CNAM a recensé 46 911 interventions, dont :

- 61 % de sleeve (28.563)
- 30 % de by-pass (14.014)
- 9 % d'anneau gastrique (4364)

32 % des opérés ont un IMC entre 30 et 40 Kg/m², 57 % ont un IMC entre 40 et 50 Kg/m² et 10 % un IMC supérieur à 50 Kg/m².

(Assurance maladie / Dr A Fagot-Campagna, 2014)



Il faut noter un accroissement encore très soutenu de la sleeve, au point que l'on peut se demander, comme partout ailleurs dans le monde, si l'anneau va survivre...

REPARTITION SECTORIELLE

Deux tiers des interventions sont toujours réalisées dans le secteur privé, même si on constate un tassement (plutôt vers les 60% que vers les 66% en 2016), probablement du fait de l'intérêt croissant des directeurs d'hôpitaux pour ces techniques qui ont une bonne rentabilité en points PMSI, avec une diminution tendancielle du temps de séjour (compensée par une baisse régulière des tarifs consentis par la CPAM !) (SOFFCO)

- *Secteur public* : 36 % (16,5 % dans les CH, 15 % dans les CHU et 4 % dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif)

- *Secteur privé* : 64 %. Le secteur privé réalise tous les types d'intervention. 80 % des anneaux sont posés dans le secteur privé

- *Groupes de coopération sanitaire/hôpitaux d'instruction des armées* : 0,5 %

(données PMSI-MCO 2013).

REPARTITION REGIONALE

- La chirurgie bariatrique se pratique le plus en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne ou Champagne- Ardennes, *alors que ce ne sont pas les régions à plus forte prévalence d'obésité...*
- Les techniques chirurgicales varient d'une région à l'autre : la région Rhône-Alpes pratique davantage la pose de l'anneau gastrique (58 %), la Bretagne le *bypass* (67 %), la Franche-Comté la *sleeve* gastrectomie (86 %).

Conséquences et Complications de la chirurgie bariatrique

LES COMPLICATIONS CHIRURGICALES

Si les complications chirurgicales s'observent surtout en post-opératoire, elles sont possibles ultérieurement et s'étalent régulièrement dans le temps [1]. Cette observation justifie la nécessité d'une surveillance toute la vie.

En cas d'anneau

Les complications peuvent être précoces ou à distance de l'intervention. Malgré de bons résultats initiaux, les complications tardives, la reprise du poids et l'intolérance à l'anneau conduisant à son retrait, concerne presque un patient sur 2 [2].

En cas de bypass gastrique

Les complications surviennent dans les 3 mois post opératoires dans 8,6 % et au-delà dans 8 % des cas et sont responsables de 0,2 % des décès [3]. Certaines complications surviennent à distance de l'opération telle l'occlusion par hernie interne, cause la plus fréquente des occlusions du grêle, les hémorragies digestives sur un ulcère anastomotique.

En cas de gastrectomie en manchon ou *sleeve gastrectomy*

Les complications telles les fistules sont précoces. Mais, cette intervention peut favoriser l'apparition d'un reflux gastro-œsophagien avec le risque à moyen ou long terme d'endobrachyœsophage. [1].

LES COMPLICATIONS MÉDICALES :

LES CARENCES EN VITAMINES, en particulier B1, B12, peuvent s'observer tout au long de l'évolution ainsi que l'anémie et les troubles hydro-électrolytiques. Le moindre signe neurologique doit faire évoquer et traiter en urgence une carence en vitamine B1 (i.e. paresthésies, troubles de l'équilibre ou mémoire).

Avant la chirurgie, les carences souvent présentes [4] doivent être corrigées. Le *bypass* est plus à risque d'entraîner des déficits nutritionnels que la gastrectomie longitudinale (*sleeve* gastrectomie). En l'absence d'*evidence data* la supplémentation en vitamines et minéraux reste empirique [5]. Les supplémentations en vitamines et oligoéléments sont suivies de façon très inconstante, le non remboursement étant un facteur limitant.

Les manifestations cliniques des déficits en vitamines et oligoéléments doivent être reconnues et corrigées. Le clinicien doit être alerté par une perte de poids trop rapide, une fatigue intense, toute manifestation neurologique, des modifications des phanères et de la peau. Il faut être très vigilant en cas de vomissements répétés, en particulier chez la femme enceinte. La perfusion de sérum glucosé doit s'accompagner systématiquement d'une adjonction de vitamine B1.

Ces déficits peuvent être la cause de complications neurologiques potentiellement graves [6]

La complication la plus sévère, pouvant être irréversible est l'encéphalopathie de Wernicke due à un déficit en thiamine (vitamine B1). Dans les mois ou années qui suivent, des complications neurologiques secondaires à une carence en vitamine B12, se manifestent par des troubles neurologiques polymorphes peuvent survenir [7].

COMPLICATIONS DIGESTIVES

Le reflux gastro-oesophagien (RGO) Le risque est majoré par l'obésité avec un risque relatif de 2,92 (IC : 2,35-3,62) [8]. Chez les patients souffrant de RGO avant chirurgie bariatrique, l'anneau gastrique et surtout la *sleeve gastrectomy* doivent être évités car favorisant le RGO. Le *bypass gastrique* est le procédé de choix. Lorsqu'un RGO apparaît *de novo* après chirurgie, un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons sera prescrit et en cas de formes sévères et/ou compliquées, la conversion en *bypass* doit être discutée.

Le dumping syndrome précoce s'observe surtout après court-circuit gastrique. **Le dumping syndrome tardif**, correspond à des hypoglycémies hyper insuliniques réactionnelles [9].

L'obésité et une perte de poids rapide favorisent la lithiase biliaire. Des calculs vésiculaires apparaissent 12 à 18 mois après la chirurgie bariatrique, quel que soit le type de chirurgie [10]. La prescription temporaire d'acide ursodésycholeux jusqu'à stabilisation de la perte de poids chez les patients non cholécystectomisés est recommandée [11-12].

COMPLICATIONS HEPATIQUES

Le foie des malades obèses soumis ou non à une chirurgie bariatrique présente dans la majorité des cas d'obésité massive une NAFLD (*non alcoholic fatty liver disease*) qui regroupe la stéatose et la NASH (*non alcoholic steatosis hepatitis*), pouvant se compliquer de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire [13]. La chirurgie améliore la NASH et la fibrose hépatique [14].

OSTEOPOROSE ET ARTHROSE

La chirurgie améliore les douleurs articulaires et le fonctionnement articulaire même en cas d'arthrose majeure [16].

Les conséquences de la chirurgie sur le métabolisme osseux comportent une hyperparathyroïdie secondaire et un retentissement sur le remodelage osseux [17].

COMPLICATIONS RENALES

La chirurgie de l'obésité améliore la fonction rénale, mais elle est associée à une fréquence accrue de lithiase et à une hyperoxalurie.

COMPLICATIONS PSYCHIATRIQUES, PSYCHOLOGIQUES ET ADDICTIVES

L'évaluation psychiatrique ou psychologique pré opératoire fait partie des recommandations de l'HAS. Les troubles du comportement alimentaire peuvent constituer une contre-indication définitive ou temporaire [18] ; leur évaluation peut être aidée par des tests psychométriques [19].

La chirurgie modifie la qualité de vie.

Avant chirurgie, les patients obèses ont une qualité de vie inférieure à celle des patients non obèses ; Ainsi, des troubles inattendus, tels les troubles du goût et de l'odorat peuvent considérablement perturber la qualité de vie [20]. La qualité de vie après chirurgie suit une évolution en 3 phases : à court terme, elle s'améliore pendant la phase de « lune de miel » puis elle diminue graduellement, pour se stabiliser après 5 ans [21]. Les scores de qualité de vie 5 à 10 ans après la chirurgie restent améliorés par rapport aux scores pré opératoires mais inférieurs à ceux des personnes non obèses [22].

Chez les malades opérés, des études ont montré après 10 ans une amélioration des critères psychosociaux et de ceux évaluant la dépression, mais les troubles de l'humeur et l'anxiété persistent [23-24]. Mais il a aussi été rapporté une augmentation de la consommation de substances toxiques (alcool, tabac et drogues) [25]. Si on constate chez les opérés une diminution de la mortalité par coronarite, diabète et cancer, on constate une augmentation d'accidents et de suicides [26-28]. Le taux

de **suicides** après chirurgie est 4 fois plus élevé que celui de la population générale.

Chirurgie réparatrice

Après la transformation corporelle due à la perte rapide de poids, survient un inconfort physique et psychologique. Le bilan fonctionnel et esthétique au niveau de l'abdomen, des bras, des cuisses et des seins est à prévoir 2 ans après l'intervention, au moment où la perte pondérale est stabilisée. La prise en charge de la chirurgie réparatrice par la sécurité sociale n'est pas systématique. Elle doit être confiée à un spécialiste de chirurgie plastique et reconstructive et le patient doit être informé de ses risques et de ses limites.

Des cas exceptionnels de myopathie ont été publiés [29], apparus dans un contexte de perte de poids importante et rapide, ainsi que des cas *d'insuffisance intestinale*, rendant les patients dépendant de la nutrition parentérale [30]. Certaines pathologies asymptomatiques avant chirurgie peuvent se révéler en post opératoire [31].

POPULATIONS PARTICULIERES

GROSSESSE ET CHIRURGIE BARIATRIQUE

La chirurgie bariatrique a un impact bénéfique sur la grossesse ; cependant, tant que le poids n'est pas stabilisé, une contraception est recommandée. La supplémentation vitaminique corrigée avant la grossesse doit être poursuivie et surveillée tout au long de la grossesse et les apports protéiques maintenus au-dessus de 60 g/j. Les vomissements exposent à des carences vitaminiques graves. Chez le nouveau-né, certaines carences peuvent être à l'origine de malformations. La carence vitaminique du groupe B est le plus souvent sous-estimée. Des complications chirurgicales de présentation trompeuse peuvent survenir, d'où l'importance d'une collaboration optimale entre obstétriciens, chirurgiens, médecins et diététiciens. Malgré ces complications possibles et évitables, la chirurgie bariatrique diminue le risque de diabète gestationnel, d'hypertension artérielle et de pré-éclampsie et de césarienne en urgence. Chez le nouveau-né, elle réduit le risque de macrosomie et d'asphyxie péri-natale. Elle peut toutefois augmenter le risque de prématurité et de petit poids de naissance [32].

LES ADOLESCENTS

La Haute Autorité de Santé (HAS) a défini les critères de réalisation des interventions de chirurgie bariatrique des moins de 18 ans [33]. *Il n'existe pas d'études à long terme sur les résultats de la chirurgie chez les moins de 18 ans, les résultats à court terme sont comparables à ceux observés chez l'adulte.* La majorité des co-morbidités sont résolues à un an. [34-35].

PRISE EN CHARGE DES COMORBIDITES

La perte de poids n'est pas le seul objectif de la chirurgie. L'amélioration du diabète, de l'hypertension artérielle, des dyslipidémies est essentiel. L'hémoglobine glyquée est normalisée 3 ans après la chirurgie chez 38 % des patients ayant eu un *bypass*, 24 % chez ceux ayant eu une *sleeve* versus 5 % chez les non opérés [36]. **Le traitement antidiabétique** doit être adapté afin d'éviter les hypoglycémies risquant de survenir lors de la période post-opératoire, en raison de l'amélioration très rapide du diabète. Une diminution des doses d'antidiabétiques oraux, ou même un arrêt du traitement est possible [37]. ***La rémission du diabète est obtenue dans 95 % si le diabète a moins de 5 ans et dans 54 % des cas si le diabète a plus de 10 ans*** [38].

Le terme chirurgie métabolique peut être préféré à celui de chirurgie bariatrique [39]. Le rôle du

médecin généraliste qui suit ces patients est essentiel.

Malgré ces complications, le bénéfice de la chirurgie bariatrique est indiscutable, confirmée par une diminution de la mortalité Dans l'étude suédoise randomisée prospective portant sur plus de 4000 patients, suivis jusqu'à 15 ans, le nombre de malades décédés chez les opérés est de 101 (5%) et de 129 (6,3 %) chez les contrôles. Après ajustement sur les facteurs de risque, la différence reste significative (HR : 0,71, p=0,01). [40] Une étude rétrospective, cas témoin, confirme cette amélioration de la survie, portant sur des patients âgés de 52 ans en moyenne, à prédominance masculine (74 % d'hommes). [41]. Les patients ont été suivis jusqu'à 14 ans ; il y a eu 263 décès chez les opérés et 1277 chez les contrôles. Les taux de mortalité chez les opérés et chez les contrôles étaient respectivement de 6,4 % et 10,4 % à 5 ans et de 13,8 % et 23,9 % à 10 ans. Il existe quelques études discordantes portant sur des vétérans de sexe masculin, qui n'ont pas montré de bénéfice sur la survie après 6,7 ans de suivi moyen [42].

Références :

[1] Ciangura C, Torcivia A, Poitou C, Siksik J.M., Vignot M, Bouillot J.L. et al. Urgences : étape critique du parcours de soins après chirurgie bariatrique. *Médecine des maladies Métaboliques* 2014 ; 8 : 161-8.

[2] Arapis K, Tammaro P, Ribeiro Parenti L, Pelletier AL, Chosidow D, Kousouri M et al. Long-Term Results After Laparoscopic Adjustable Gastric Banding for Morbid Obesity: 18-Year Follow-Up in a Single University Unit. *Obes Surg* 2017 ; 27 : 630-40.

[3] [Beitner M](#), [Luo Y](#), [Kurian M](#). Procedural changes to decrease complications in laparoscopic gastric bypass. *JLS*. 2015 Jan-Mar;19(1):e2014.00256. doi: 10.4293/JLS.2014.00256.

[4] [Folope V](#), [Coëffier M](#), [Déchelotte P](#). Nutritional deficiencies associated with bariatric surgery. *Gastroenterol Clin Biol*. 2007 Apr;31(4):369-77.

[5] Ziegler O, Sirveaux MA, Brunaud L, Reibel N, Quilliot D. Medical follow up after bariatric surgery: nutritional and drug issues General recommendations for the prevention and treatment of nutritional deficiencies *Diabetes & Metabolism*. 2009 ; 35 : 544-557.

[6] Goodman J C Neurological complications of bariatric surgery . *Curr Neurol Neurosci Rep* 2015 ; 15 : 79. 1-7.

[7] Landais A. Chirurgie bariatrique : complications neurologiques. *Nutrition clinique et métabolisme* 2016 ; 30 : 4-10

[8] [Jacobson BC](#), [Somers SC](#), [Fuchs CS](#), [Kelly CP](#), [Camargo CA Jr](#). Body-mass index and symptoms of gastroesophageal reflux in women. *N Engl J Med*. 2006 Jun 1;354(22):2340-8.

[9] [Marsk R](#), [Jonas E](#), [Rasmussen F](#), [Näslund E](#). Nationwide cohort study of post-gastric bypass hypoglycaemia including 5,040 patients undergoing surgery for obesity in 1986-2006 in Sweden. *Diabetologia*. 2010 Nov;53(11):2307-11. doi: 10.1007/s00125-010-1798-5. Epub 2010 May 22.

[10] Coupaye M, Castel B, Sami O, Tuyeras G, Msika S, Ledoux S. Comparaison of the incidence of cholelithiasis after sleeve gastrectomy and Roux-en- Y gastric bypass in obese patients : a prospective study. *Surg Obes Relat Dis* 2015 ; 11 : 779-84.

- [11] EASL clinical practice guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. *Journal of Hepatology* 2016 ; 65 : 146-81.
- [12] Coupaye M, [Calabrese D](#), [Sami O](#), [Msika S](#), [Ledoux S](#). Evaluation of incidence of cholelithiasis after bariatric surgery in subjects treated or not treated with ursodeoxycholic acid. [Surg Obes Relat Dis](#). 2017 Apr;13(4):681-685. doi: 10.1016/j.soard.2016.11.022. Epub 2016 Dec 2.
- ☑ [13] Morita S, Dalísio De Santi Neto D, Ananias Morita FH, Morita NK, Ajeje Lobo SM. Prevalence of Non-alcoholic Fatty Liver Disease and Steatohepatitis Risk Factors in Patients Undergoing Bariatric Surgery *OBES SURG* (2015) 25:2335–2343 DOI 10.1007/s11695-015-1696-
- [14] [Lassailly G](#), [Caiazzo R](#), [Buob D](#), [Pigeyre M](#), [Verkindt H](#), [Labreuche J](#), et al. Bariatric Surgery Reduces Features of Nonalcoholic Steatohepatitis in Morbidly Obese Patients. *Gastroenterology*. 2015 Aug;149(2):379-88; quiz e15-6. doi: 10.1053/j.gastro.2015.04.014. Epub 2015 Apr 25.
- [15] [European Association for the Study of the Liver \(EASL\)](#); [European Association for the Study of Diabetes \(EASD\)](#); [European Association for the Study of Obesity \(EASO\)](#). EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. *J Hepatol*. 2016 Jun;64(6):1388-402. doi: 10.1016/j.jhep.2015.11.004. Epub 2016 Apr 7.
- [16] King WC, Chen JY, Belle SH. [Pain and Physical Function Following Bariatric Surgery--Reply](#). *JAMA*. 2016 Aug 16;316(7):771. doi: 10.1001/jama.2016.8593.
- [17] [Sánchez-Hernández J](#), [Ybarra J](#), [Gich I](#), [De Leiva A](#), [Rius X](#), [Rodríguez-Espinosa J](#), et al Effects of bariatric surgery on vitamin D status and secondary hyperparathyroidism: a prospective study. *Obes Surg*. 2005 Nov-Dec;15(10):1389-95.
- [18] Brunault P, Gohier B, Ducluzeau P-H, Bourbao-Tournois C, Frammery J, Réveillère C et al. L'évaluation psychiatrique, psychologique et addictologique avant chirurgie bariatrique : que faut-il évaluer en pratique, pourquoi et comment ? *Presse Med* 2016 ; 45 : 29-39
- [19] Parker K, Brennan L. Measurement of disordered eating in bariatric surgery candidates : A systematic review of the literature. *Obes Res Clin Pract* 2015 ; 9 : 12-25
- [20] [Graham L](#), [Murty G](#), [Bowrey DJ](#). [Taste, smell and appetite change after Roux-en-Y gastric bypass surgery](#). *Obes Surg*. 2014 Sep;24(9):1463-8. doi: 10.1007/s11695-014-1221-2.
- [21] Barclay KS, Rushton P.W., Forwell S. J. Measurement properties of eating behavior self-assessment tools in adult bariatric surgery populations : a systematic review. *Obes Surg* 2015 ; 25 : 720-37].
- [22] [Andersen JR](#), [Aasprang A](#), [Karlsen TI](#), [Natvig GK](#), [Våge V](#), [Kolotkin RL](#). [Health-related quality of life after bariatric surgery: a systematic review of prospective long-term studies](#). *Surg Obes Relat Dis*. 2015 Mar-Apr;11(2):466-73. doi: 10.1016/j.soard.2014.10.027. Epub 2014 Nov 13.

- [23] [Karlsson J](#), [Taft C](#), [Rydén A](#), [Sjöström L](#), [Sullivan M](#). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. [Int J Obes \(Lond\)](#). 2007 Aug;31(8):1248-61. Epub 2007 Mar 13.
- [24] De Zwann M, Enderle J, Wagner S, Mühlans B, Ditzen B, Gefeller O et al. Anxiety and depression in bariatric surgery patients : a prospective, follow-up study using structured clinical interviews. *Affect Disord* 2011 ; 133 : 61-8
- [25] [Conason A](#), [Teixeira J](#), [Hsu CH](#), [Puma L](#), [Knafo D](#), [Geliebter A](#). Substance use following bariatric weight loss surgery. *JAMA Surg*. 2013 Feb;148(2):145-50.
- [26] [Adams TD](#), [Gress RE](#), [Smith SC](#), [Halverson RC](#), [Simper SC](#), [Rosamond WD](#) et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N.Engl. J. Med*. 2007 Aug 23;357(8):753-61.
- [27] Peterhänsel C, Petroff D, Klinitzke G, Kersting A and Wagner B. Risk of completed suicide after bariatric surgery : a systematic review. *Obesity reviews* 2013; 14 : 369-82
- [28] Tindle HA, Omalu B, Courcoulas A, Marcus M, Hammers J, Kuller L.H. Risk of suicide after long-term follow-up from bariatric surgery. *Amer J Med* 2010 ; 123 : 1036-42
- [29] Brisset M, Nicolas G, Goulon-Goeau C, Durand-Canard MC, Hanachi M. Atteinte musculaire et chirurgie bariatrique [Revue Neurologique Volume 172, Supplement 1](#), April 2016, Page A44
- [30] [Corcos O](#), [Cazals-Hatem D](#), [Durand F](#), [Kapel N](#), [Guinhut M](#), [Stefanescu C](#), et al Intestinal failure after bariatric surgery. *Lancet*. 2013 Aug 24;382(9893):742. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61214-3.
- [31] [Kromas ML](#), [Mousa OY](#), [John S](#). Hyperammonemia-induced encephalopathy: A rare devastating complication of bariatric surgery. *World J Hepatol*. 2015 May 8;7(7):1007-11. doi: 10.4254/wjh.v7.i7.1007.
- [32] Ciangura C, Nizard J, Poitou-Bernert C, Dommergues M, Oppert JM, Basdevant A. Grossesse et chirurgie bariatrique : points critiques. *J Gynecol. Obstet Biol Reprod* 2015 ; 44 : 496-502.
- [33] HAS. Recommandations de bonne pratique. Critères de réalisation des interventions de chirurgie bariatrique des moins de 18 ans (janvier 2016)].
- [34] [Black JA](#), [White B](#), [Viner RM](#), [Simmons RK](#). Bariatric surgery for obese children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2013 Aug;14(8):634-44. doi: 10.1111/obr.12037. Epub 2013 Apr 11.
- [35] Inge TH, Jenkins TM, Xanthakos SA, Dixon JB, Daniels SR, Zeller MH, Helmrath MA. [Long-term outcomes of bariatric surgery in adolescents with severe obesity \(FABS-5+\): a prospective follow-up analysis](#). *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2017 Mar;5(3):165-173.
- [36] [Schauer PR](#), [Bhatt DL](#), [Kirwan JP](#), [Wolski K](#), [Brethauer SA](#), [Navaneethan SD](#), et al. Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes--3-year outcomes. *N Engl J Med*. 2014 May 22;370(21):2002-13. doi: 10.1056/NEJMoa1401329. Epub 2014 Mar 31.
- [37] [Dillon C](#), [Peddle J](#), [Twells L](#), [Lester K](#), [Midodzi W](#), [Manning K](#), et al. Rapid Reduction in Use of Antidiabetic Medication after Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: The Newfoundland and

Labrador Bariatric Surgery Cohort (BaSCo) Study. *Can J Hosp Pharm*. 2015 Mar-Apr;68(2):113-20.

[38] [Wang GF](#), [Yan YX](#), [Xu N](#), [Yin D](#), [Hui Y](#), [Zhang JP](#), et al. Predictive factors of type 2 diabetes mellitus remission following bariatric surgery: a meta-analysis. *Obes Surg*. 2015 Feb;25(2):199-208. doi: 10.1007/s11695-014-1391-y.

[39] [O'Brien PE](#). Controversies in bariatric surgery. *Br J Surg*. 2015 May;102(6):611-8. doi: 10.1002/bjs.9760. Epub 2015 Feb 18.

[40] Sjöström L, Narbro K, Sjöström et al. and the Swedish Obese Subjects Study. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 2007 ; 357 : 741-52.

[41] [Arterburn DE](#), [Olsen MK](#), [Smith VA](#), [Livingston EH](#), [Van Scoyoc L](#), Yancy WS et al. Association between bariatric surgery and long-term survival. *JAMA*. 2015 Jan 6;313(1):62-70. doi: 10.1001/jama.2014.16968.

[42] [Maciejewski ML](#), [Livingston EH](#), [Smith VA](#), [Kavee AL](#), [Kahwati LC](#), [Henderson WG](#), et al. Survival among high-risk patients after bariatric surgery. *JAMA*. 2011 Jun 15;305(23):2419-26. doi: 10.1001/jama.2011.817.

- ANNEXE 3 -

**VISITE PAR LA CNAM de la NEDERLANDSE OBESITAS KLINIEK –
LA HAYE (PAYS-BAS)**

COMPTE-RENDU

Dr Annie Fouard Responsable de département DDGOS/DOS/DHOSPI CNAMTS

La clinique de l'obésité que nous avons visitée à La Haye, en activité depuis 2 ans, est conçue pour accueillir en pleine capacité 5 000 patients dans 2 ans. Actuellement 3500 patients y sont traités et 180 personnes (professionnels de santé et personnel administratif) y travaillent.

19 centres hospitaliers sont autorisés à pratiquer la chirurgie bariatrique. Les hôpitaux doivent réaliser un minimum de 200 opérations par an¹ et disposer de 2 chirurgiens au minimum pour pouvoir opérer. Les procédures semblent être adaptées aux caractéristiques des patients. Les prises en charge pré et post-opératoires se font directement à l'hôpital dans 40% des cas (60 % dans les CSO)

- Près de 10 000 opérations ont été réalisées en 2014 aux Pays-Bas pour un coût de 5 200 € en moyenne pour un bypass. 15-20% des opérations sont des réopérations qui coûtent plutôt autour de 8 000 €.

- Le Bypass est la procédure la plus pratiquée (Environ 65% du total des opérations) (*il semblerait que le regain de poids soit en effet plus tardif avec cette procédure qu'avec la sleeve*)

1 Centre spécialisé pour enfants / 20 enfants sont opérés en moyenne par an

8 cliniques de l'obésité en lien contractuel avec 6 assureurs au niveau régional (*Achmea pour le centre du pays, CZ pour le sud du pays, par exemple*). Ces assureurs attribuent aussi des standards de qualité aux hôpitaux (*faible, satisfaisant, bon ou très bon*).²

C'est le médecin généraliste qui adresse les patients aux cliniques de l'obésité lorsqu'une opération est envisagée.³

- Elles assurent la prise en charge pré-opératoire et post-opératoire des patients mais pas le suivi sur le long terme. Celui-ci est entièrement coordonné à la prise en charge hospitalière et des compte-rendus réguliers sont également adressés au médecin généraliste au fur et à mesure du suivi. *Les cliniques de l'obésité représentent ainsi un modèle de fonctionnement intégré ville-hôpital.*

- *La prise en charge comprend 6 consultations pré-opératoires obligatoires (30% en moyenne des patients ne sont pas opérés pour cause de mauvaise observance, trouble du comportement*

1 En France, 30 % se voient aussi refuser l'opération dans les grands centres, à la différence près qu'il s'agit le plus souvent d'une réévaluation à prévoir plutôt qu'un refus brut. **Ce qui est différent c'est que les malades risquent (et vont) dans un autre centre chirurgical pour être opéré sans attendre. ce serait bien d'avoir une traçabilité de ces malades. En outre, la CNAM refuse environ 16 % des dossiers.**

2 Le système de soins aux Pays Bas a la particularité de donner un grand pouvoir aux **mutuelles**.

3 **le généraliste** a un rôle important aux Pays Bas : c'est lui qui adresse les patients aux cliniques de l'obésité quand une opération est décidée.

alimentaire, risque opératoire trop élevé, IMC \leq 30 kg/m², etc.)

- *Le suivi post-opératoire dure deux ans.* A court terme, il comprend 28 consultations d'une demi-journée chacune plus 3 consultations environ (psychologique, diététique et exercice physique). Puis, à moyen terme, pendant au minimum 5 à 7 ans, le patient est suivi sur la base d'une demi-journée par an. Le suivi se pratique obligatoirement en groupe (seuls 10% de patients obtiennent une dérogation pour un suivi individuel). 80% des patients sont des femmes.⁴

Ces cliniques de l'obésité comptent seulement 11 % de perdus de vue (*contre 40 à 50 % dans la littérature*). Ce très bon résultat⁵ serait dû essentiellement aux 6 séances obligatoires de suivi avant l'opération, qui aideraient les patients à reproduire plus facilement les bons comportements par la suite. De même, la prise en charge en groupe, en créant des liens entre les patients, favoriserait l'observance des consultations post-opératoires. Avant d'être pris en charge, les patients passent aussi un test de screening pour évaluer leur qualité de vie et leur motivation, même si, selon le Dr Kobus Dijkhorst*, la dynamique instaurée dans la phase de suivi pré-opératoire l'emporte largement sur la motivation dans l'observance du suivi post-opératoire.

- Le coût de la prise en charge pré-opératoire est estimé à 500€ ; la prise en charge post-opératoire coûte environ 2 000€, soit un total par patient de 2 500€ environ. Une pénalité financière de 200€ peut être appliquée aux patients après en avoir informé l'assureur. Comme en France, seuls les compléments nutritionnels à visée curative (par injection ou perfusion) sont remboursés. En revanche, ceux de type FitForMe ne sont pas pris en charge.

- Depuis 2014, la société néerlandaise de chirurgie bariatrique a mis en place un Registre pour intégrer les données de suivi sur 5 ans. Il est financé par les assureurs et géré par une entreprise privée. Sur la base de ce registre, les assureurs envisagent de contractualiser avec les hôpitaux et cliniques de l'obésité à partir de 2017-2018. L'échelle de qualité de vie sert par ailleurs à évaluer la prise en charge par les calculs des QALYs.

1. En France, on a un taux équivalent de refus d'opérations / 30 % dans les grands centres, à la différence près qu'en France, il s'agit le plus souvent d'une réévaluation à prévoir plutôt qu'un refus brut. Ce qui est différent c'est que les malades risquent (et vont) dans un autre centre chirurgical pour être opéré sans attendre. ce serait bien d'avoir une traçabilité de ces malades. La CNAM refuse environ 16 % des dossiers.

** Directeur de la Nederlandse Obesitas Kliniek, clinique privée spécialisée dans le traitement de l'obésité, le Dr Kobus Dijkhorst envisage de développer sur le modèle qu'il a développé à La Haye des cliniques de l'obésité à l'international, notamment en Allemagne et aux Emirats Arabes Unis.*

4 En France, le suivi est moins rigide ; il est surtout fonction de la symptomatologie (complications fonctionnelles, échec pondéral, prévision de grossesse, polyopathologies...)

5 **11 % de perdus de vue c'est un excellent résultat, mais la durée du suivi n'est pas précisée, ce qui est assez peu étonnant compte tenu de la fréquence du suivi 28 consultations qui durent 1/2 journée pendant 2 ans. C'est beaucoup pour des malades jeunes qui travaillent ! ensuite le rythme est plus raisonnable 1/2 journée par an pendant 5 à 7 ans.**

L'objectif du voyage d'études était de comprendre le fonctionnement des cliniques de l'obésité

Aux Pays-Bas, 60 % du suivi est externalisé aux cliniques de l'obésité et 40% est réalisé à l'hôpital



CNA/M 31/05 Le dispositif de clinique de l'obésité constitue un cas d'école en matière d'intégration clinique. Caisse Nationale

Le bilan pré-opératoire multidisciplinaire en clinique de l'obésité est sélectif

30% de patients en moyenne se voient refuser l'opération



...pour mauvaise observance, trouble du comportement alimentaire, risque opératoire trop élevé, IMC < 30 kg/m², patients trop jeunes ou trop âgés, etc.

→ Les chiffres pourraient suggérer un meilleur ciblage des patients opérés aux Pays-Bas

	2003		2008		2013	
	Pour 10 000 hab. obèses	Pour 1000 personnes obèses	Pour 10 000 hab. obèses	Pour 1000 personnes obèses	Pour 10 000 hab. obèses	Pour 1000 personnes obèses
France	2,96	2,15	3,58	2,92	10,29	7,1
Pays-Bas	0,73	0,68	3,16	2,85	8,34	7,5

CNA/M 31/05/2017



Le taux de suivi en clinique de l'obésité est très élevé
89% vs 50-60% dans la littérature



Pays-Bas

- Pourrait s'expliquer par la dynamique initiée en pré-opératoire
- Scores de motivation, mesurés au début de la prise en charge initiale, ne semble pas impacter le taux de suivi après l'opération
- Qualité de vie mesurée avant/après (QALYs)
- Tous les compléments nutritionnels ne sont pas remboursés

Par ailleurs,

- Un registre a été mis en place en 2014
- Assureurs envisagent de contractualiser avec hôpitaux et cliniques de l'obésité sur la base des résultats du registre 2017-2018

CNAVITS
31/03/2017



Le taux de suivi en clinique de l'obésité est très élevé
89% vs 50-60% dans la littérature



Pays-Bas

- Pourrait s'expliquer par la dynamique initiée en pré-opératoire
- Scores de motivation, mesurés au début de la prise en charge initiale, ne semble pas impacter le taux de suivi après l'opération
- Qualité de vie mesurée avant/après (QALYs)
- Tous les compléments nutritionnels ne sont pas remboursés

Par ailleurs,

- Un registre a été mis en place en 2014
- Assureurs envisagent de contractualiser avec hôpitaux et cliniques de l'obésité sur la base des résultats du registre 2017-2018

CNAVITS
31/03/2017



Côuts



Pays-Bas

- Prise en charge pré-opératoire 500 €
- Opération 2500 €
- ~~Prise en charge post-opératoire 2000 €~~
- ➔ Total 5000 €

- 15-20% sont des re-do dont le coût s'élève plutôt à 8000 €

Remboursement par le système d'AM néerlandais

- Franchise annuelle de 360 € environ pour tous les frais de santé

CNAVITS
31/03/2017



- ANNEXE 4 -

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS BARIATRIQUES

Méthodologie des sondages

L'Académie nationale de médecine s'est donné pour objectif de confirmer ou infirmer une opinion courante selon laquelle, les patients opérés ne seraient pas suivis de façon optimale. C'est pourquoi il a été décidé de sonder l'opinion des acteurs - patients, médecins généralistes et chirurgiens -, ce qui n'avait encore jamais été réalisé simultanément sur ces 3 populations.

L'importance du nombre de patients (environ 250 000) et de médecins généralistes (environ 65 000) rendait impossible, avec des moyens limités, de mener une étude systématique ou un sondage aléatoire. Nous devons donc reconnaître les biais dus d'une part au recrutement des personnes interrogées ; d'autre part, au fait que, comme toujours, ce sont les plus intéressés par le sujet qui répondent aux questionnaires. Ces biais étaient inévitables, mais nous les assumons parce que, en allant sur le terrain, nous sommes sortis du cadre théorique où sont enfermés les rapports sur ce sujet pour obtenir, pour la première fois, des réponses concrètes sur du vécu.

Les trois questionnaires ont été rédigés par le groupe de travail de l'Académie nationale de médecine. Celui des généralistes a été revu, du fait de sa meilleure connaissance de son lectorat, par la rédactrice en Chef du *Généraliste*. Les questionnaires « chirurgiens » et « patients » ont été testés pour évaluer leur ressenti des intéressés par rapport à leur expérience. Les deux chirurgiens et les six patients testés ont aidé à réécrire les questionnaires respectifs. Les 577 questionnaires « patients » ont dû être repris manuellement car un grand nombre de répondants s'avérèrent avoir été opérés depuis moins de 3 ans, ce qui biaisait les résultats.

Les questionnaires ont été traités de la même façon en vue d'une simple description de l'information, selon un « tri à plat », c'est-à-dire un calcul de la distribution des effectifs et des pourcentages des modalités de réponses pour chaque question.

Les trois sondages ont été réalisés anonymement et auto-administrés en ligne : le questionnaire « généralistes » sur le site du *Généraliste*, appuyé par une publicité sur le journal papier. Pour les deux autres l'outil Google Form a permis une analyse des données en temps réel et facilité le recueil des résultats en compilant automatiquement les réponses.

Nous sommes donc en mesure de donner une image du « meilleur des cas » pour chacune des trois populations et, surtout, de croiser les réponses telles qu'elles ont été le plus possible posées à l'identique aux chirurgiens, aux patients et aux généralistes.

LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Enquête réalisée par « Le Généraliste » en Octobre 2015

Données exploitées par l'association APRC en Mai 2016 avec établissement d'un rapport

115 réponses exploitables, représentatives de la répartition des généralistes en France.

Un double biais possible :

- Seulement la moitié des généralistes lisent la presse médicale, même si *Le Généraliste* et *Le Quotidien du Médecin* en représentent la plus grosse part ;
- Seuls les médecins ayant suivi des patients de chirurgie bariatrique ont répondu ;
Ces 2 biais et le faible pourcentage de médecins répondants par rapport à la totalité des médecins généralistes libéraux (1,7 %) confirment un résultat prévisible mais qu'il importait de démontrer, à savoir que le suivi des patients bariatriques par les généralistes est très faible... ***ce qui est en soi une piste essentielle de réflexion et d'action.***

LES CHIRURGIENS BARIATRIQUES

Sondage réalisé et exploité par l'association APRC en Mai 2016

Les questionnaires ont été envoyés directement par courriel aux 550 chirurgiens adhérents à la SOFFCOM avec une relance 15 jours après l'envoi de la première invitation.

85 réponses exploitables

Un biais : le fichier de la SOFFCOM comprend des chirurgiens spécialisés mais aussi des chirurgiens digestifs occasionnels. Toutefois, ce sont les chirurgiens bariatriques qui ont majoritairement répondu, garantissant ainsi la représentativité des opérations bariatriques.

LES PATIENTS OPERES

Sondage réalisé et exploité par l'association APRC en Mai 2016

Le guide d'enquête, rédigé de manière conviviale, a facilité le recueil de données valides auprès des patients.

L'identification et l'utilisation de critères de qualité ont permis d'accroître l'objectivité et la confiance.

Pour obtenir un échantillon le plus large possible, l'envoi a été réalisé par courriel avec un lien direct sur le questionnaire auprès des 55 associations régionales de patients obèses référencées + la CNAO + la Ligue Contre l'Obésité + quelques associations indépendantes, à charge pour elles de le relayer auprès de leurs adhérents sur leur site ou en les renvoyant directement sur le site du questionnaire. Il y a eu une relance 15 jours après le premier envoi.

577 réponses exploitables analysées en temps réel sur le site de l'APRC.

Un biais : Au vu des résultats de l'étude il est difficile de se faire une idée précise du nombre de patients opérés une, deux, voire trois fois, car la CNAM ne donne que le nombre d'opérations réalisées chaque année. Si l'on considère que le chiffre de 250 000 patients depuis le début de la chirurgie bariatrique est plausible et que les associations régionales regroupent environ 3 000 patients (1,2%), **les 577 répondants représentent 19% de leurs adhérents... mais seulement 2,3 % des opérés.**

C'est pourquoi un deuxième sondage a été effectué auprès de patients opérés depuis plus de trois ans. (153 réponses exploitables sur 558 sondages)

Les patients impliqués dans le suivi forment un noyau dur que l'on retrouve dans les associations, mais les autres semblent être totalement perdus totalement de vue. Ces patients ne pourraient être retrouvés et interrogés que par une alerte à l'échelle nationale avec des moyens coûteux (presse, télé, radio, centres sociaux) qui ne se justifient pas dans le cadre de ce travail

- ANNEXE 5-

SYNTHESE DES DONNEES CONCERNANT LES REPONSES AUX QUESTIONNAIRES

DES CONFIRMATIONS

- Les deux tiers des interventions sont réalisées dans le secteur privé ;
- Le suivi doit être assuré à vie, de l'avis unanime des trois groupes ;
- A la question « *si c'était à refaire, vous feriez-vous opérer ?* » 88 % des patients répondent « oui, sans hésiter », ce qui confirme l'acceptation par le patient de cette technique de lutte contre l'obésité.

DES SURPRISES

- Les patients souhaitent, à une large majorité, que leur suivi soit assuré par un spécialiste de la nutrition ;
- 17 % des patients disent ne pas savoir qu'il fallait être suivi après l'opération ;
- Pour les généralistes, la demande d'un programme personnalisé de soins pour chaque patient (65%) passe avant celle d'un forfait d'éducation thérapeutique (ETP) (54%) ;
- 83 % des généralistes disent avoir déjà cherché à s'informer sur la chirurgie de l'obésité, mais 58 % seulement connaissent les recommandations sur le suivi de la chirurgie de l'obésité ;
- *Le non remboursement des vitamines et des minéraux n'est un obstacle à l'observance que pour le tiers des patients.*

DES INSUFFISANCES ET DES DISCORDANCES

- 9 % des patients déclarent ne pas avoir eu de prise en charge pré-opératoire et 40 % disent ne pas avoir été informés avant l'opération de la possibilité de survenue de complications post-opératoires ;
- Seulement 34 % des patients déclarent avoir reçu un numéro à appeler en cas d'urgence, alors que 76 % des chirurgiens affirment avoir indiqué à leurs patients le numéro à joindre ;
- 29 % des chirurgiens adressent au médecin traitant des recommandations de suivi ; 14 % leur fournissent un programme personnalisé de soins.
- Seule une petite majorité de patients dit avoir reçu des informations sur la chirurgie reconstructrice, contrairement aux affirmations de 95 % des chirurgiens. Ainsi, 16 % seulement en ont bénéficié, alors que les trois quarts des patients souhaiteraient bénéficier de ce type d'intervention reconstructrice ;
- 98 % des chirurgiens affirment prescrire des vitamines et des minéraux... mais la moitié estime que ce n'est pas nécessaire parce que les patients ne les prennent plus au bout d'un certain temps. Les raisons invoquées ; par les patients sont multiples : oubli, négligence car ils se sentent bien, difficultés à avaler les médicaments, lassitude, cette situation concernant environ un patient sur quatre. *Ce défaut d'observance est dû le plus souvent à un défaut d'information initiale et de suivi médical.*
- ***LES MEDECINS GENERALISTES SE PLAIGNENT DE NE PAS ETRE CONSULTES POUR LE SUIVI DE LEURS PATIENTS, MAIS 80 % DECLARENT CEPENDANT ETRE INVITES AUX REUNIONS DE RCP EN AMONT DE L'INTERVENTION. CHAQUE CONSULTATION SPECIALISEE DOIT DONNER LIEU A UN ECHANGE D'INFORMATION AVEC LE MEDECIN TRAITANT.***

Pour copie certifiée conforme

Le Secrétaire perpétuel

Professeur Daniel COUTURIER