



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Place du médecin généraliste dans le parcours de soins  
préopératoire du patient candidat à la chirurgie de l'obésité : étude  
quantitative auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-  
Calais.**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 21 décembre 2017 à 18h  
au Pôle Formation  
**Par Stéphanie Roussel**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Robert CAIAZZO**

**Asseseurs :**

**Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

**Monsieur le Docteur Marc BAYEN**

**Monsieur le Docteur Jean-Louis BOSSE**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur François DELFORGE**

---

## **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.



## **Abréviations**

CB	Chirurgie Bariatrique
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
FMC	Formation Médicale Continue
GEP	Groupe d'Echange de Pratique
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hypertension Artérielle
IC	Intervalle de Confiance
IMC	Indice de Masse Corporelle
MG	Médecin Généraliste
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
SAHOS	Syndrome d'Apnée Hypopnée Obstructive du Sommeil
SOS	Swedish Obese Subjects

## Table des Matières

<b>Résumé.....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>3</b>
<b>I. Obésité.....</b>	<b>3</b>
A. Définition.....	3
B. Prévalence de l'obésité.....	4
1) dans le monde .....	4
2) en France .....	4
3) dans le Nord pas de Calais.....	5
C. Comorbidités .....	6
D. Coût de santé publique .....	7
<b>II. La chirurgie bariatrique .....</b>	<b>8</b>
A. Evolution .....	8
B. Efficacité .....	10
C. Indications.....	11
D. Techniques chirurgicales.....	12
1) Anneau gastrique ajustable .....	12
2) Gastrectomie en manchon (ou sleeve gastrectomy) .....	13
3) Technique du bypass gastrique (ou court-circuit gastrique) .....	14
4) Dérivation bilio pancréatique .....	15
5) Evolution des interventions de chirurgie bariatrique en France .....	16
E. Bilan préopératoire.....	16
F. Parcours de soins du patient selon la HAS .....	18
<b>III. Rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins.....</b>	<b>19</b>
<b>IV. Sujet de recherche.....</b>	<b>20</b>
<b>Matériel et Méthodes.....</b>	<b>21</b>
<b>I. Type d'étude.....</b>	<b>21</b>
A. Critère d'inclusion .....	21
B. Critère d'exclusion .....	21
<b>II. Construction de l'échantillon.....</b>	<b>21</b>
A. Détermination de la taille de l'échantillon .....	21
B. Stratégie d'échantillonnage .....	22
<b>III. Elaboration du questionnaire .....</b>	<b>22</b>
<b>IV. Déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).....</b>	<b>22</b>
<b>V. Analyse statistique .....</b>	<b>23</b>
<b>Résultats .....</b>	<b>24</b>
<b>I. Caractéristiques de l'étude.....</b>	<b>24</b>
A. Diagramme de Flux de l'étude .....	24
B. Taux de réponse à l'étude. ....	25
<b>II. Caractéristiques de la population de l'étude .....</b>	<b>25</b>
A. Répartition Homme/Femme .....	25
B. Mode et lieu d'exercice .....	27
<b>III. Epidémiologie .....</b>	<b>28</b>
A. Patients éligibles à la chirurgie bariatrique .....	28
B. Nombre de patients opérés suivis.....	30
<b>IV. Implication des médecins généralistes dans le parcours de soins pré opératoire.....</b>	<b>31</b>
A. Evocation de la chirurgie bariatrique .....	31
B. Initiation de la prise en charge chirurgicale.....	33
1) Par qui ?.....	33
2) Avis du médecin généraliste quand le patient est initiateur .....	34

C. Choix du chirurgien : par le médecin généraliste ou le patient ? .....	35
<b>V. Difficultés rencontrées dans le parcours de soins et pistes d'amélioration .....</b>	<b>36</b>
A. Le patient est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire : Quel est le rôle du médecin généraliste ? .....	36
B. Recommandations HAS et sources de connaissances .....	37
1) Connaissance des recommandations HAS .....	37
2) Sources de connaissances .....	38
C. Niveau de satisfaction de l'implication dans le bilan pré opératoire et pistes d'amélioration. ....	39
1) Niveau de satisfaction de l'implication .....	39
2) ) Piste d'amélioration de l'implication des médecins généralistes dans le parcours de soins préopératoire .....	40
3) Désir de communication .....	41
4) Points à améliorer concernant la prise en charge préopératoire du patient éligible à la chirurgie bariatrique .....	43
<b>VI. Analyse bivariée.....</b>	<b>44</b>
A. Implication du médecin généraliste dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale .....	44
1) Et le choix du correspondant. ....	44
2) Et le nombre de patients opérés suivis. ....	45
3) Et l'évocation de la chirurgie bariatrique par le médecin généraliste .....	45
4) Et l'âge des médecins généralistes .....	46
B. Lecture ou non des recommandations HAS .....	46
1) Et l'évocation de la chirurgie bariatrique par les médecins généralistes .....	46
2) Et l'implication des médecins généralistes dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale .....	46
3) Et l'âge des médecins généralistes .....	47
C. Niveau de satisfaction dans le parcours de soins.....	48
1) Et la lecture des recommandations HAS .....	48
2) Et l'implication du médecin généraliste dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale. ....	48
48	
D. L'expérience personnelle comme source de formation .....	49
1) Et l'âge.....	49
<b>VII. Un objectif : améliorer le suivi post opératoire .....</b>	<b>49</b>
A. Favoriser l'implication du médecin généraliste dans la prise en charge pré opératoire pour améliorer l'implication dans le suivi post opératoire des patients. ....	49
B. Association avec l'implication des médecins généralistes dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale .....	50
<b>Discussion.....</b>	<b>51</b>
<b>I. Méthodologie .....</b>	<b>51</b>
A. Force.....	51
B. Faiblesses.....	51
C. Représentativité de la population étudiée.....	52
<b>II. Principaux résultats .....</b>	<b>53</b>
A. Le médecin généraliste et le patient éligible à la chirurgie bariatrique .....	53
1) Il existe une probable sous-estimation du nombre de patients éligibles.....	53
2) Il existe une discordance entre l'évocation et l'initiation de la prise en chirurgicale .....	54
3) Mais le patient demande l'avis de son médecin généraliste et le médecin généraliste choisit le chirurgien .....	55
B. Comment les médecins généralistes perçoivent-ils leur rôle et implication dans le parcours de soins préopératoire ? .....	56
1) Le médecin généraliste à un rôle secondaire dans le parcours de soins préopératoire ..	56
2) Implication jugeait moyenne dans le parcours de soins préopératoire. ....	57
3) Mais un désir de communiquer. ....	58
C. Une pratique guidée par leur expérience personnelle. ....	59
1) Des recommandations HAS non lues .....	59

2) Une source d'information principale : leur expérience personnelle.....	60
D. Pistes d'amélioration de l'implication du médecin généraliste et du parcours de soins préopératoire .....	61
1) Intérêt d'un dossier patient commun.....	61
2) Une fiche de liaison inter disciplinaire .....	62
3) Un souhait de formation équivoque.....	63
a. Désir de formation.....	63
b. Mais pas en équipe.....	63
4) Une RCP Facultative.....	64
5) Les autres pistes .....	64
a. Une restriction d'accès au chirurgien sans avis préalable du médecin généraliste.....	64
b. Des coordonnées de centre de référence.....	65
<b>III. Une prise de conscience de la HAS de la nécessité d'améliorer la prise en charge préopératoire des patients .....</b>	<b>66</b>
<b>IV. Un objectif : améliorer le suivi post opératoire.....</b>	<b>67</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>69</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>70</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>75</b>

## Résumé

**Contexte :** La région Nord-Pas-de-Calais est la région la plus touchée par l'obésité, en France. La chirurgie bariatrique a fait preuve de son efficacité contre l'obésité morbide. Le médecin généraliste est un acteur majeur de la prise en charge de l'obésité en soins primaires. L'objectif de cette étude est de déterminer comment s'impliquent les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais dans la prise en charge préopératoire du patient obèse candidat à la chirurgie bariatrique et d'identifier les difficultés qu'ils rencontrent ainsi que leurs solutions pour y remédier.

**Méthode :** Etude quantitative, descriptive et transversale. 350 médecins généralistes ont été interrogés par questionnaire transmis par courrier postal en juin 2017.

**Résultats :** 217 réponses ont été obtenues soit un taux de réponse de 62%. Bien que les MG n'étaient que 29% à avoir lu les recommandations HAS concernant la chirurgie bariatrique, 88% estimaient qu'il était de leur rôle de l'évoquer aux patients éligibles. 39% étaient impliqués dans l'initiation de la CB. Les MG qui avaient lu les recommandations HAS étaient 51% à être impliqués dans l'initiation de la CB versus 33% pour ceux qui ne les avaient pas lues ( $p=0,011$ ). Ils choisissaient alors le chirurgien à qui ils adressaient le patient dans 88% des cas. 77% des MG qui étaient impliqués dans l'initiation de la CB suivaient plus de 5 patients opérés versus 56% pour ceux qui ne l'étaient pas ( $p=0,002$ ). Ils avaient un rôle d'accompagnement (66%) dans le parcours de soins et jugeaient leur implication moyenne (35%). Le contexte psychologique du patient était une information importante à communiquer (85%). L'expérience personnelle (65%) était leur principale source d'information. 66% étaient d'accord pour dire que s'ils étaient plus impliqués en préopératoire ils le seraient également en post-opératoire. Les pistes pour favoriser leur implication et améliorer le parcours de soins préopératoire étaient la création d'un dossier patient commun et une fiche de liaison.

**Conclusion :** L'implication du MG dans l'initiation de la CB doit être améliorée. Favoriser leur implication en préopératoire semble être nécessaire pour améliorer leur implication en post-opératoire. En effet le nombre de patients opérés ne cessant d'augmenter, l'équipe pluridisciplinaire ne pourra assurer seule le suivi de ces patients.

## Introduction

### I. Obésité

#### A. Définition

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a identifié l'obésité comme une véritable pathologie nutritionnelle résultant de l'accumulation anormale ou excessive de graisse dans les tissus adipeux pouvant nuire à la santé. (1)

L'obésité a atteint les proportions d'une épidémie mondiale, 2,8 millions de personnes au moins décèdent chaque année du fait de leur surpoids ou de leur obésité. (2)

En quelques décennies, on est passé d'un monde où la prévalence de la malnutrition était deux fois plus importante que celle de l'obésité à un monde où les obèses sont plus nombreux que les personnes malnutries. (3)

Le surpoids et l'obésité sont classifiés en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC) égal au rapport du poids (en kg) sur le carré de la taille (en mètres) ( $IMC = P/T^2$  en  $kg/m^2$ ).

	Classe de l'obésité	IMC ( $kg/m^2$ )
Poids normal		18,5 - 24,9
Surpoids		25,0 - 29,9
Obésité	I. modérée	30,0 - 34,9
	II. sévère	35,0 - 39,9
	III. morbide	$\geq 40$

*Figure 1 : Classification des adultes en fonction de l'IMC, HAS 2011 (4)*

## B. Prévalence de l'obésité

### 1) dans le monde

Dans le monde, en 2016, plus de 1,9 milliards d'adultes étaient en surpoids, soit 39% des adultes âgés de 18 ans et plus. Parmi eux, 650 millions (13%) étaient obèses. (5)

### 2) en France

En 2012, en France, selon l'enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité (ObÉpi), la prévalence du surpoids était de 32,3% et celle de l'obésité de 15% (IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>), soit environ 6 922 000 personnes concernées. (6)

La prévalence de l'obésité est répartie de la manière suivante : 10,7 % d'obésité de classe I (modérée), 3,1% de classe II (sévère) et 1,2% d'obésité de classe III (morbide).

Celle de l'obésité de classe III est en augmentation, elle est passée de 0,3% ( $\pm$  0,1%) de la population en 1997 à 1,2% ( $\pm$  0,1%) en 2012. (6)

On note une tendance significative à la décélération de la prévalence de l'obésité puisque l'augmentation estimée entre 2009 (14,5%) et 2012 (15%) n'est que de 0,5%, alors qu'elle avait toujours dépassé 1% sur la période de 3 ans séparant deux études ObÉpi (13,1% en 2006, 14,5% en 2009).

La ou les causes de cette décélération ne peuvent être apportées par cette étude. (6)

La prévalence de l'obésité est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, soit 15,7% versus 14,3%, quelque soit le degré d'obésité. Elle a augmenté dans toutes les catégories socioprofessionnelles mais de façon inégale, elle est inversement proportionnelle au niveau d'instruction. (6)

## 3) dans le Nord pas de Calais

La région Nord Pas de Calais est la plus touchée en France avec une prévalence de 21,3% contre 15% au niveau national, en 2012.

Dans notre région, la prévalence de l'obésité a augmenté de 61,5% entre 1997 et 2012.

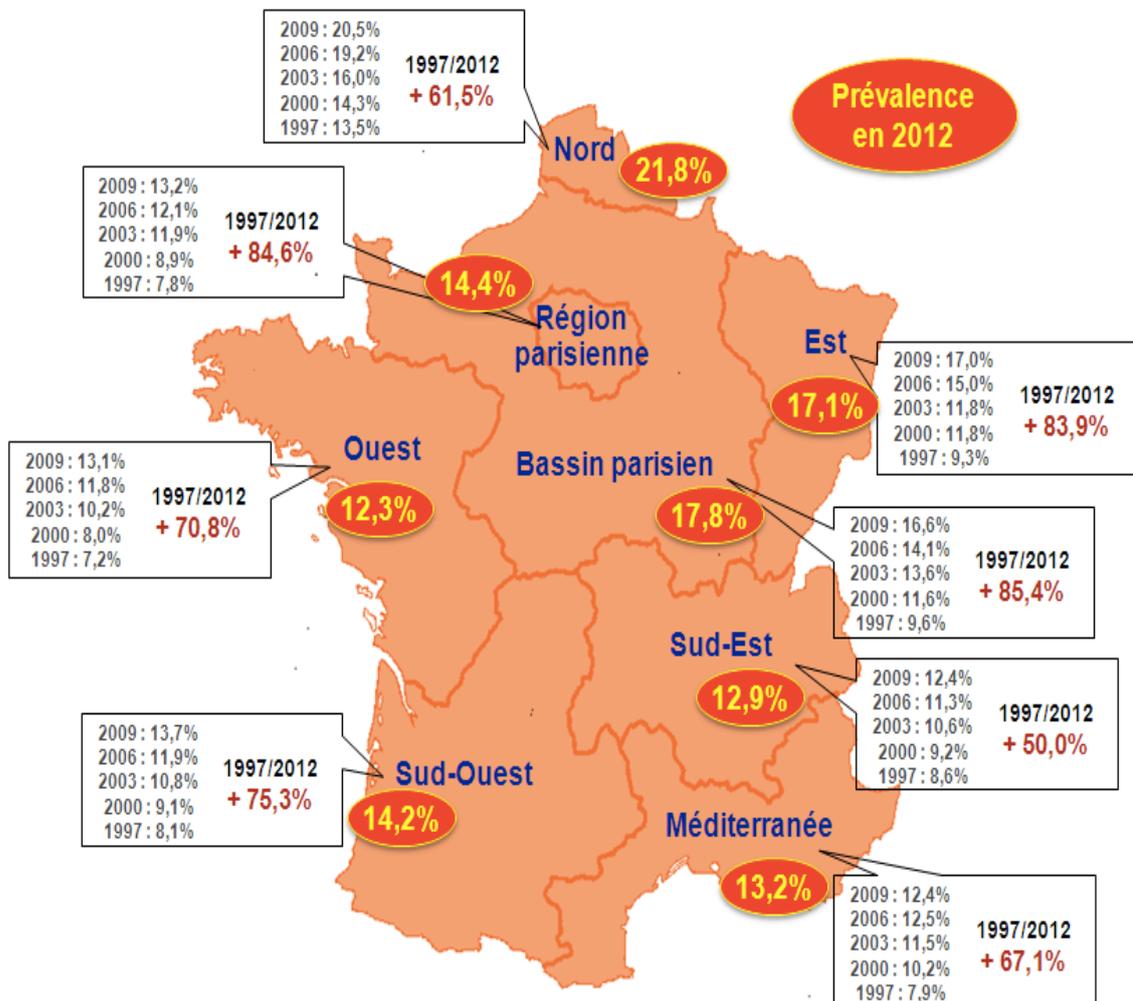


Figure 2 : Prévalence de l'obésité par région en 2012 et son évolution depuis 1997, selon l'enquête ObÉpi 2012 (6)

Cependant en 2006 le taux de croissance de la prévalence de l'obésité a diminué pour devenir inférieur à celui de la moyenne française, avec + 3,9% dans la région contre +5,3% en France, sans que les causes ne soient mentionnées dans l'enquête ObÉpi. (6)

### C. Comorbidités

L'obésité est associée à plusieurs comorbidités, notamment : diabète de type 2, dyslipidémie, hyper uricémie, hypertension artérielle (HTA), problèmes cardiovasculaire, respiratoires, rhumatologiques. (7)(8)

Grandement accru (Risque relatif bien supérieur à 3)	Modérément accru (Risque relatif compris compris entre 2 et 3)	Légèrement accru (Risque relatif compris entre 1 et 2)
DNID	Cardiopathie coronarienne	Cancer (cancer du sein chez la femme ménopausée, cancer de l'endomètre, cancer du côlon)
Cholécystopathie	Hypertension	Anomalies des hormones de la reproduction
Dyslipidémie Résistance à l'insuline Essoufflement	Arthrose du genou Hyperuricémie et goutte	Polykystose ovarienne Altération de la fécondité Douleurs lombaires dues à l'obésité
Apnée du sommeil		Risque accru de complications au cours de l'anesthésie Anomalies fœtales associées à l'obésité de la mère

*Figure 3 : Risque relatif des problèmes de santé associés à l'obésité, selon l'OMS (1)*

L'obésité est également un facteur connu comme favorisant la survenue de cancer, principalement hormonodépendants et gastro-intestinaux. (1) (9)(10)(11)

Hormonodépendants	Gastro-intestinaux/hépatiques/rénaux
De l'endomètre	Colorectal
De l'ovaire	De la vésicule biliaire
Du sein	Du pancréas
Du col utérin	Du foie
De la prostate	Du rein

*Figure 4 : Cancers dont l'incidence rapportée est plus élevée chez les patients obèses, selon l'OMS (1)*

Les personnes obèses sont victimes de nombreuses discriminations qui touchent toutes les dimensions de leur vie et sont à risque de dépression. (12)(13)

L'obésité est donc à l'origine d'un taux de mortalité accru. (14)

Il augmente avec l'IMC lorsque celui-ci dépasse approximativement 28 kg/m<sup>2</sup>. (15)(16)

D'après l'étude de Framingham, l'obésité à l'âge de 40 ans réduit l'espérance de vie de 7,1 ans chez les femmes et de 5,8 ans chez les hommes non-fumeurs. (17)

#### D. Coût de santé publique

En 2008, le coût annuel de la prise en charge de l'obésité par l'assurance maladie était de 4 milliards d'euros et de 10 milliards d'euros si on ajoute le surpoids. Cela représentait respectivement un peu plus de 3 % et près de 7 % de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). (18)

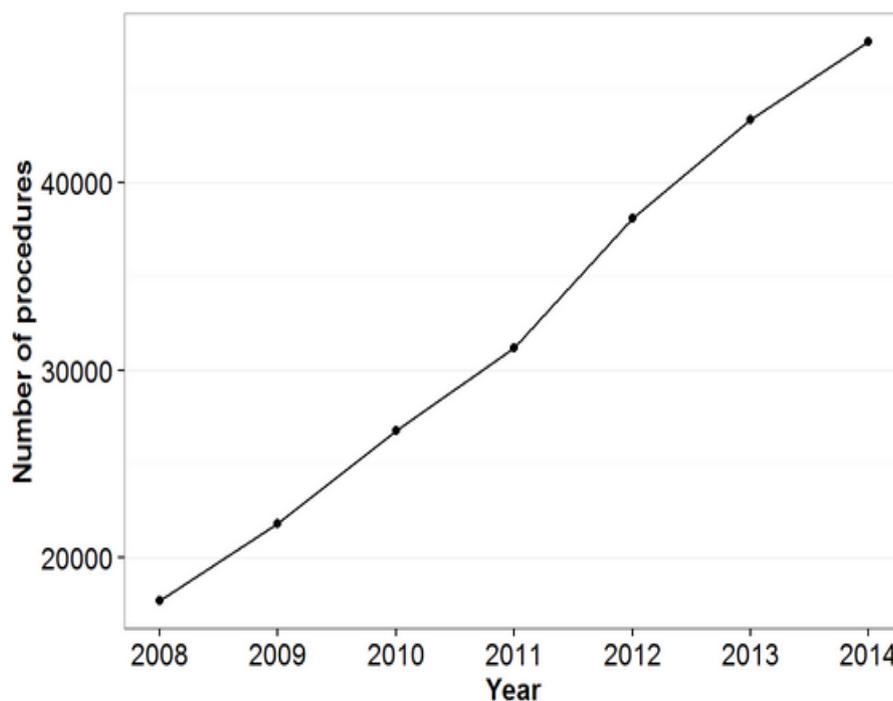
## II. La chirurgie bariatrique

### A. Evolution

La chirurgie de l'obésité qui concernait plus de 30 000 patients en 2011 est en plein essor. Le nombre d'interventions a doublé entre 2006 et 2011. (19)

Des études plus récentes montrent que celui-ci ne cesse d'augmenter.

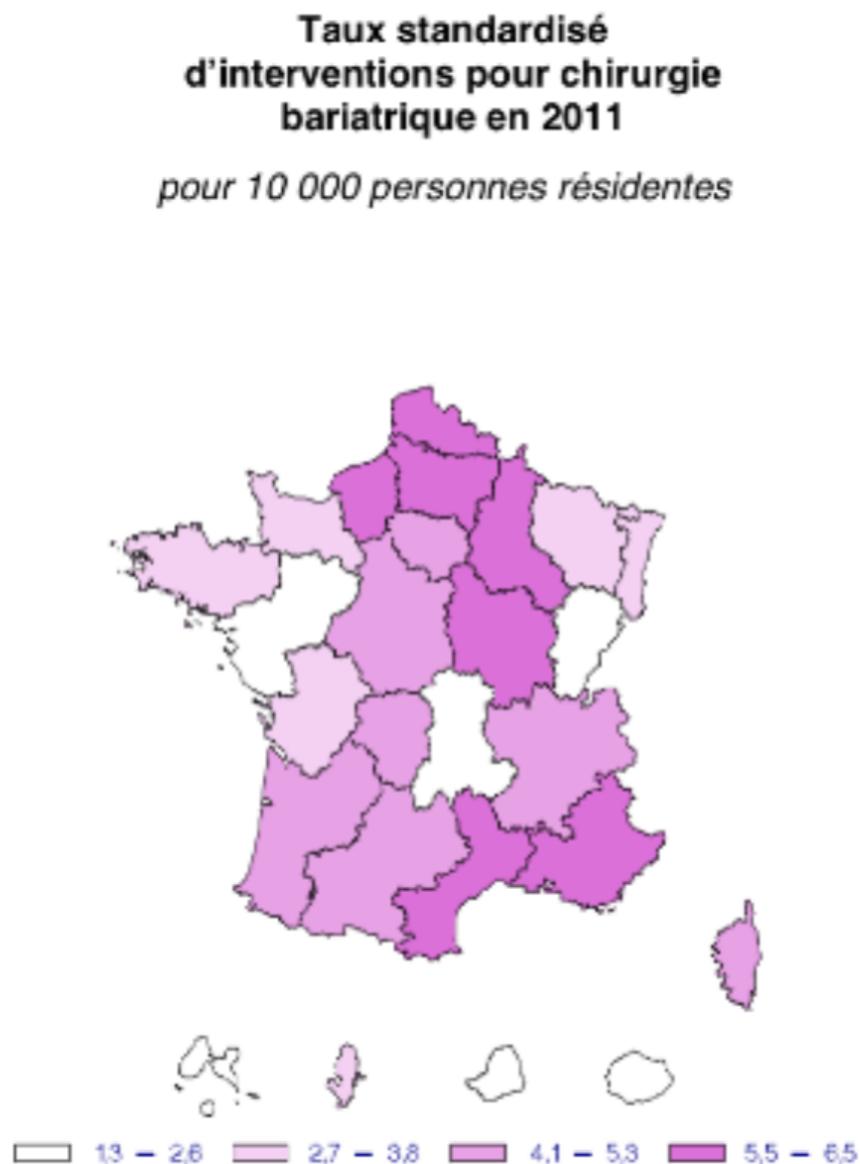
17 656 interventions ont été réalisées en 2008, 42 815 en 2013 et 47 544 en 2014. (20) (21)



*Figure 5 : Nombre d'interventions de chirurgie bariatrique réalisé en France de 2008 à 2014, adapté de Martinic. C (21)*

Le Nord-Pas-de-Calais est l'une des régions dans lesquelles est enregistré un des taux de chirurgie bariatrique les plus importants de France avec une moyenne de 5,5 pour 10000 habitants, en 2011.

Elle est la 5<sup>ème</sup> région en terme de recours à la chirurgie bariatrique alors que la prévalence de l'obésité y est la plus importante, ceci témoigne de disparités régionales sans corrélation évidente avec la prévalence de l'obésité. (19)



*Figure 6 : Taux standardisé d'interventions pour chirurgie bariatrique en 2011, pour 10 000 personnes résidentes, selon la caisse nationale d'assurance maladie (19)*

## B. Efficacité

Les principaux résultats concernant l'efficacité de la chirurgie bariatrique par rapport au traitement médical de l'obésité sont issus de l'étude SOS (Swedish Obese Subjects study). (22)

Le traitement chirurgical permet une perte de poids sur le long terme avec une diminution moyenne de l'IMC de 23,4% après 2 ans, de 17% après 10 ans, de 16% après 15 ans et de 18% après 20 ans contre une augmentation de l'IMC de 0,1% après 2 ans, une augmentation d'1,6% après 10 ans et une diminution d'1% après 15 et 20 ans pour le traitement médical. (22)(23)

La prise en charge chirurgicale de l'obésité est associée à une diminution significative du taux de mortalité. L'étude SOS révèle une baisse de 30,7 % de la mortalité chez les patients obèses ayant subi une intervention de chirurgie bariatrique par rapport aux cas d'obésité sans intervention chirurgicale (mortalité ajustée en fonction de l'âge, du sexe et des facteurs de risque) (24)(25)

En effet l'incidence de la mortalité cardiovasculaire et des premiers événements cardiovasculaires (infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral) sont réduits respectivement de 53 % et de 33 % chez les patients opérés. (26)

Les comorbidités métaboliques (diabète, hypertriglycémie, hypoHDLémie, HTA et hyperuricémie) et respiratoires (Syndrome d'apnée hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS)) sont améliorées après chirurgie à 2 ans et à 10 ans. (21)(25)

La chirurgie bariatrique améliore également la qualité de vie des patients opérés et réduit l'incidence des cancers. (28)(29)

### C. Indications

Selon les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) « Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte » publiées en 2009, la chirurgie bariatrique peut être envisagée chez des patients adultes qui réunissent l'ensemble des conditions suivantes : (30)(31)

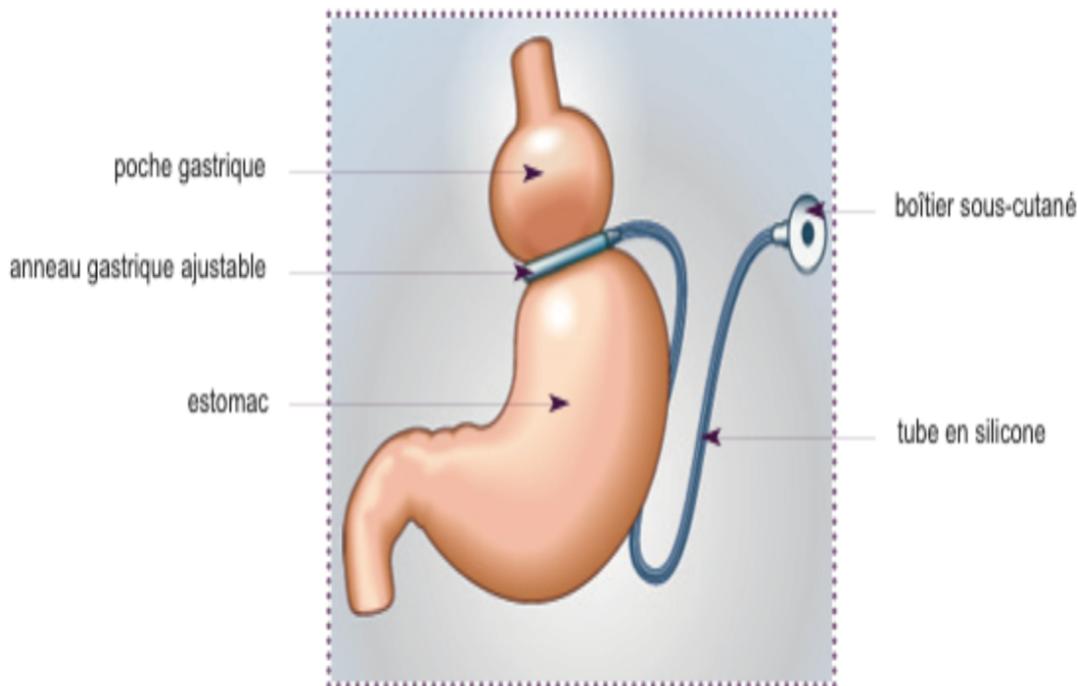
- En deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois
- en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids,
- pour des patients avec un IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> ou bien avec un IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (HTA, SAHOS, diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique...),
- patient informé au préalable, ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoire pluridisciplinaire,
- patient ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme et présentant un risque opératoire acceptable.

Il existe des contre-indications à la chirurgie bariatrique : (31)

- troubles cognitifs ou mentaux sévères,
- troubles du comportement alimentaire sévères et non stabilisés,
- dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives licites et illicites,
- maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme,
- contre-indications à l'anesthésie générale,
- absence de prise en charge médicale préalable identifiée et incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical à vie.

## D. Techniques chirurgicales

## 1) Anneau gastrique ajustable (32)



*Figure 7 : Anneau gastrique ajustable, HAS 2009 (32)*

Il s'agit d'une technique restrictive qui diminue le volume de l'estomac et ralentit le passage des aliments sans perturber la digestion.

L'anneau est placé autour de la partie supérieure de l'estomac, délimitant ainsi une petite poche. Peu d'aliments sont nécessaires pour remplir cette poche et la sensation de satiété apparaît rapidement.

L'anneau est relié par un petit tube à un boîtier de contrôle placé sous la peau. Cet anneau peut être serré ou desserré en injectant un liquide dans le boîtier, à travers la peau. Un contrôle radiologique est nécessaire lors du suivi.

Elle est réversible, l'anneau peut être retiré à la demande du patient ou en cas de complication, d'inefficacité.

## 2) Gastrectomie en manchon (ou sleeve gastrectomy) (33)

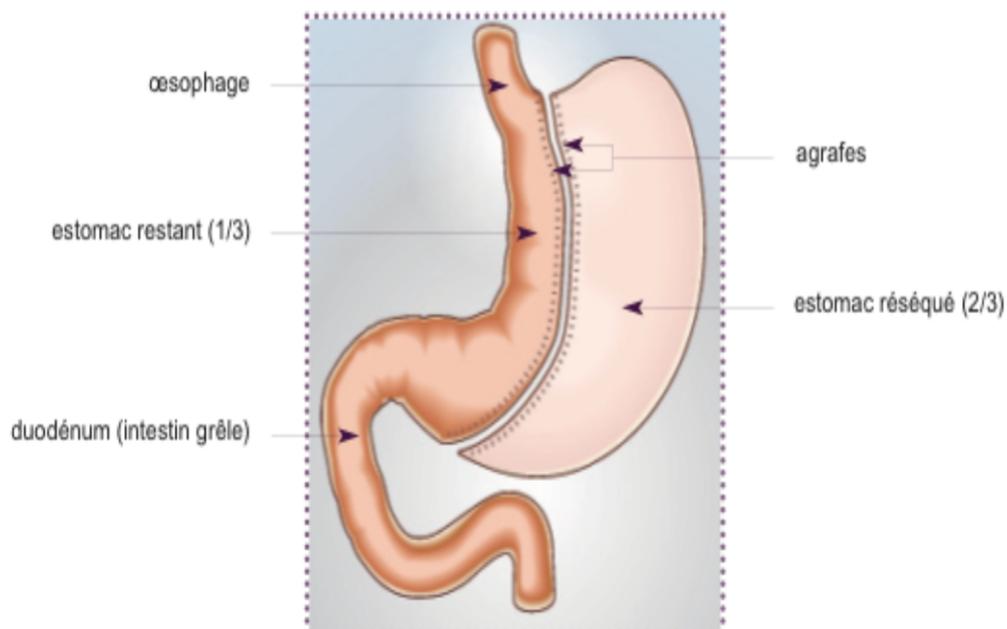
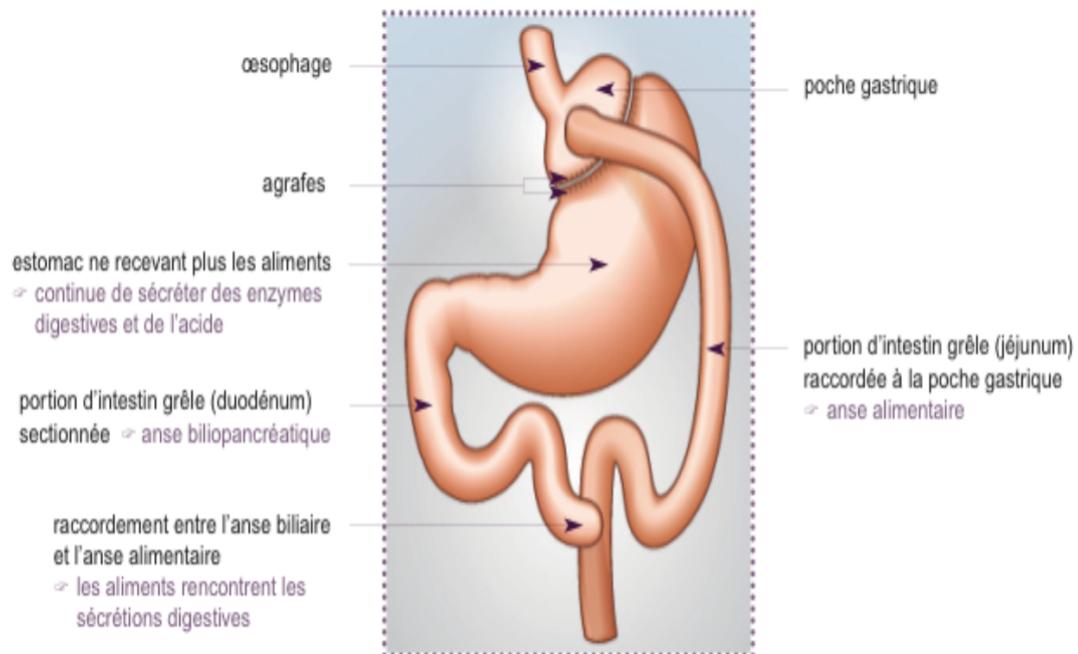


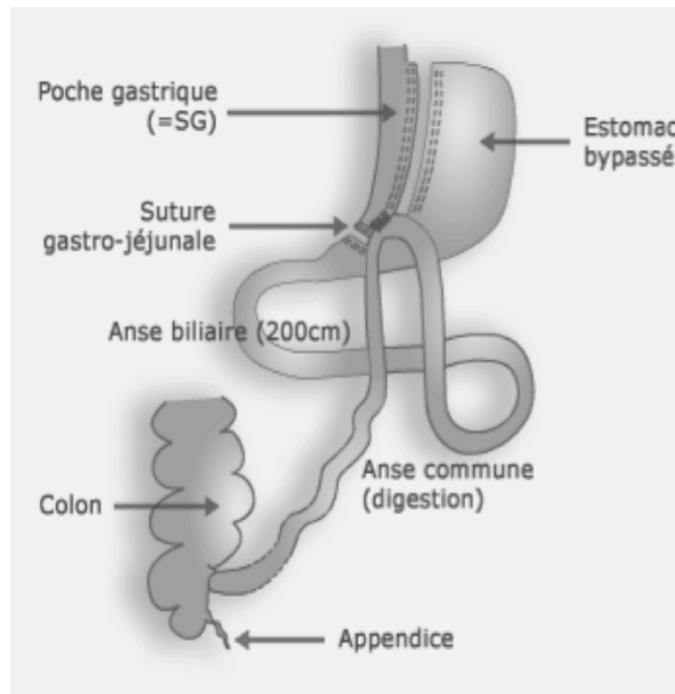
Figure 8 : Sleeve gastrectomie, HAS 2009 (33)

Il s'agit également d'une technique restrictive, irréversible, qui consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac, et donc la partie contenant les cellules qui secrètent l'hormone stimulant l'appétit (ghréline). L'estomac est alors réduit à un tube vertical, les aliments passent rapidement dans l'intestin. L'appétit est diminué mais la digestion des aliments n'est pas perturbée.

## 3) Technique du bypass gastrique (ou court-circuit gastrique) (34)



*Figure 9 : Bypass gastrique en Y, HAS 2009 (34)*



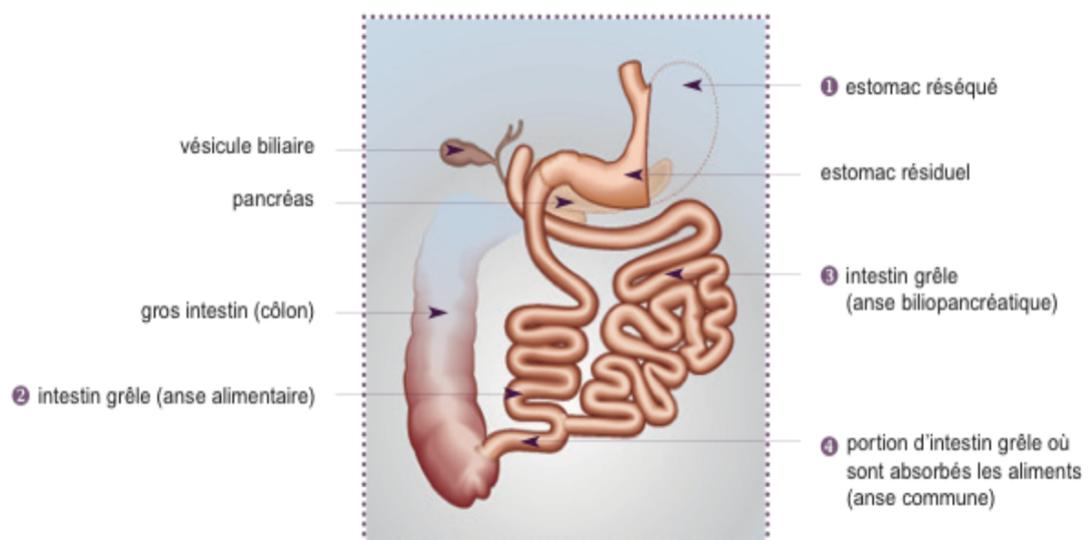
*Figure 10 : Bypass gastrique en Oméga (35)*

C'est une technique restrictive et malabsorptive qui permet de diminuer à la fois la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche) et l'assimilation de ces aliments, grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin.

Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont donc assimilés en moindres quantités. Elle est irréversible.

Il en existe deux types : le bypass gastrique en Y et le bypass gastrique en Oméga (ou mini bypass).

### 3) Dérivation bilio pancréatique (36)



*Figure 11 : dérivation bilio pancréatique, HAS 2009 (36)*

C'est une technique restrictive et malabsorptive.

Elle est réservée aux IMC  $\geq 50\text{kg/m}^2$ , et/ou après échec d'une autre technique, elle doit être pratiquée par une équipe spécialisée.

Cette technique ne représente que 1% à 2% de l'ensemble des procédures.

## 5) Evolution des interventions de chirurgie bariatrique en France

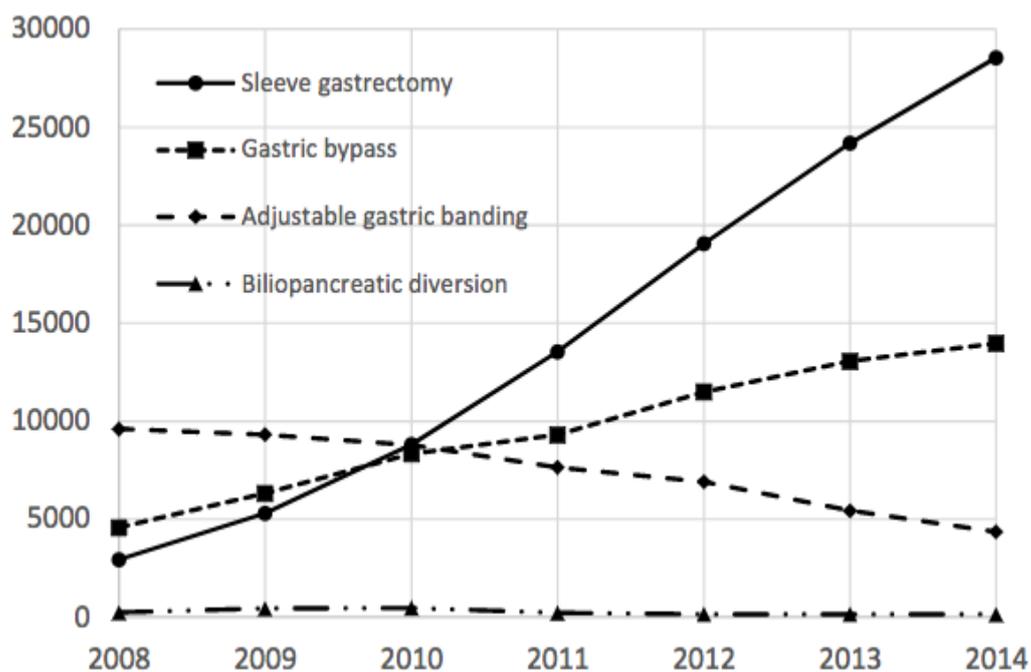


Figure 12 : Evolution des interventions de chirurgie bariatrique en France, par techniques et par années : adapté de Martincic. C (21)

La pratique l'anneau gastrique ajustable est en déclin. Il représentait 55,4% des interventions de chirurgie bariatrique en 2008 contre 9,26% en 2014. (21)

En 2014, la Sleeve gastrectomie était la technique la plus privilégiée. Elle représentait 60,7% des interventions de chirurgie bariatrique en France. (21)

Le taux d'intervention par bypass gastrique augmentait lui progressivement.

### E. Bilan préopératoire

Une prise en charge pré opératoire de quelques mois est nécessaire, elle a pour but : (37)

- De rechercher et de prendre en charge les comorbidités,
- D'évaluer le comportement alimentaire et de prendre en charge un éventuel trouble, de réaliser un bilan nutritionnel et vitaminique,
- De réaliser une endoscopie œsogastroduodénale avec recherche d'*Helicobacter pylori*.,
- D'effectuer une évaluation psychologique/psychiatrique,
- De réaliser l'éducation thérapeutique : diététique et activité physique.

## F. Parcours de soins du patient selon la HAS (37)

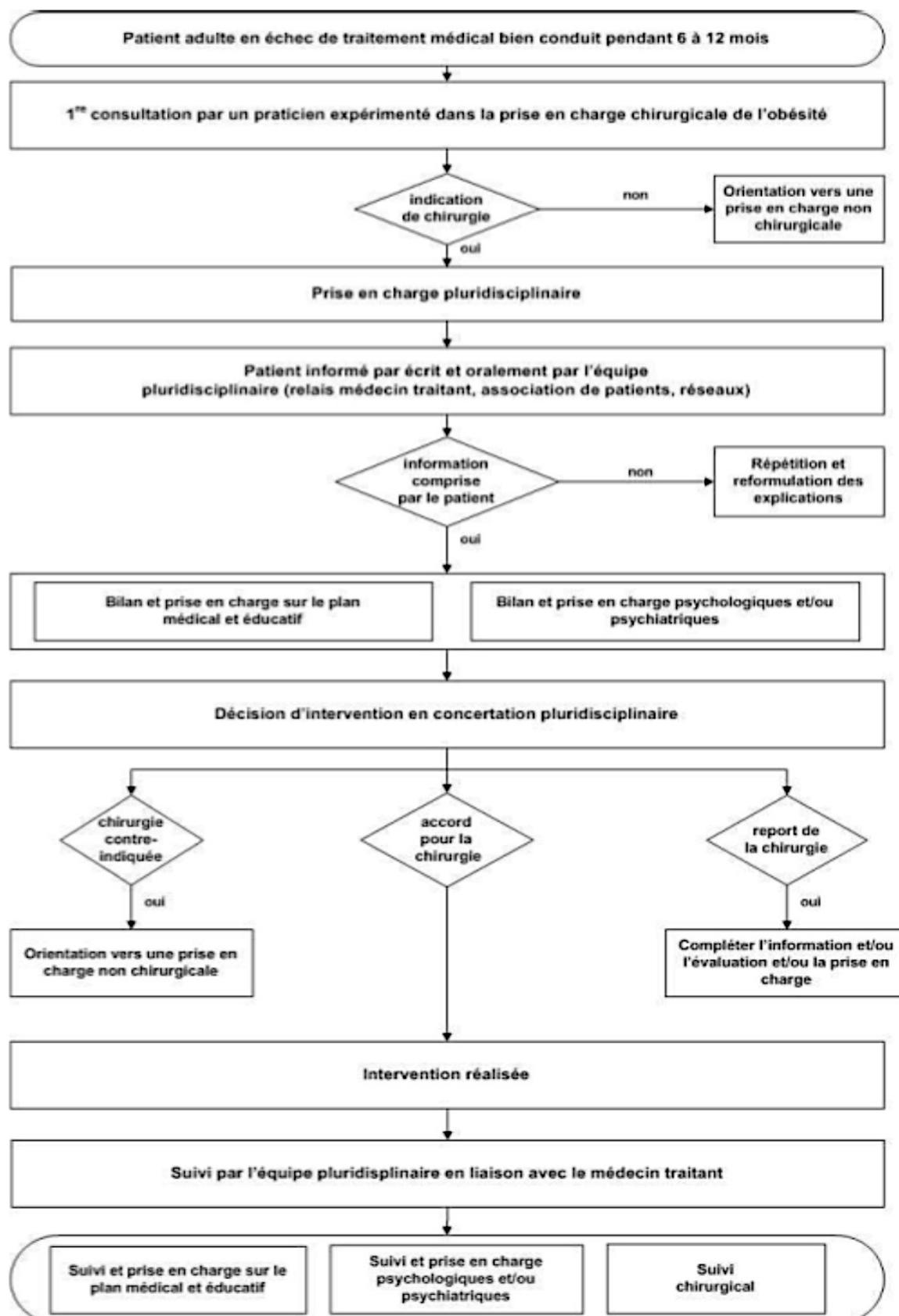


Figure 13 : Parcours de soins du patient selon la HAS (37)

### **III. Rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins**

Les missions du médecin généraliste sont reprises dans le code de santé publique.

Le médecin généraliste est le premier recours concernant la prévention, le dépistage, l'orientation de ses patients, la coordination des soins, l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient. (38)

Le programme régional de lutte contre l'obésité 2014-2018 reprend également ces missions, le médecin généraliste devrait pouvoir bénéficier d'une formation spécifique, notamment à l'approche motivationnelle du patient obèse, d'une équipe pluridisciplinaire située en relais et d'une connaissance exhaustive des ressources disponible sur son territoire pour la prise en charge de son patient en fonction des besoins repérés. (39)

Selon la HAS, la prise en charge des patients en vue d'une intervention de chirurgie bariatrique doit être réalisée au sein d'équipes pluridisciplinaires, en liaison avec le médecin traitant et éventuellement avec les associations de patients. (37)

La décision d'intervention est prise à l'issue d'une discussion et concertation médico-chirurgicale pluridisciplinaire pouvant impliquer le médecin traitant. (37)

Les conclusions de cette concertation doivent être communiquées au patient, à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire et au médecin traitant, elles doivent être transcrites dans le dossier du patient. (37)

Le suivi des patients opérés doit quant à lui être effectué à vie et est assuré par l'équipe pluridisciplinaire qui a posé l'indication opératoire et par le médecin traitant. (37)

Le nombre croissant de patients opérés et notamment dans le Nord-Pas-de-Calais pose la question du suivi post-opératoire, pourra-t-il continuer d'être réalisé majoritairement par l'équipe pluridisciplinaire, comme le souligne de nombreuses études ?

L'implication du médecin généraliste dans le parcours de soins du patient opéré semble insuffisante. Pour être améliorée, ne doit-elle pas commencer dès la phase préopératoire ?

#### **IV. Sujet de recherche**

L'obésité est donc un problème de santé publique. Le médecin généraliste, en tant que professionnel de santé de premier recours et coordinateur du parcours de soins est un acteur majeur de la prise en charge de l'obésité en soins primaires. Quel est donc la place du médecin généraliste dans le parcours de soins préopératoire du patient obèse candidat à une chirurgie bariatrique ?

L'objectif principal de notre étude est de déterminer comment s'impliquent les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais dans la prise en charge préopératoire d'un patient obèse candidat à une chirurgie bariatrique.

Les objectifs secondaires sont d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans le parcours de soins préopératoire de ces mêmes patients et leurs solutions pour y remédier.

## **Matériel et Méthodes**

### **I. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude quantitative, transversale, réalisée sous forme d'une enquête descriptive par auto questionnaire destiné à un échantillon de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

### **II. Population étudiée**

#### A. Critère d'inclusion

La population étudiée était celle des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

#### B. Critère d'exclusion

Les médecins exerçant une autre activité que la médecine générale étaient exclus, de même que les médecins généralistes qui n'étaient plus en activité.

### **II. Construction de l'échantillon**

#### A. Détermination de la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon nécessaire a été déterminée avec l'aide des statisticiens de la plateforme d'aide méthodologique de la clinique de santé publique du centre hospitalier régional universitaire de Lille (CHRU) de Lille.

Le nombre de médecins généralistes nécessaire à l'étude a été évalué à 100. En tenant compte d'un taux de réponse de 1/3, il fallait sélectionner 300 médecins généralistes.

Il a été décidé d'envoyer 350 questionnaires en prenant en compte une marge d'erreur possible.

## B. Stratégie d'échantillonnage

Le recrutement des médecins généralistes s'est effectué, par tirage au sort, à partir de « ameli-direct » de l'Assurance Maladie qui regroupent les généralistes par communes, classées par ordre alphabétique dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais. Ce tirage au sort a permis sélectionner 200 médecins généralistes hommes et 150 femmes.

## III. Elaboration du questionnaire

Il s'agit d'un questionnaire de 17 questions à réponses fermées et à choix multiples, majoritairement.

Les médecins généralistes avaient cependant la possibilité d'exprimer leurs opinions sur certaines questions par le biais de réponses libres possibles.

Il a été établi à partir des données de la littérature.

Les questionnaires ont été envoyés, par voie postale, entre le 06/06/2017 et le 21/06/2017. Il était accompagné d'un texte introductif précisant l'objectif de ce travail de thèse avec un bref rappel épidémiologique afin de sensibiliser les médecins généralistes à la problématique étudiée.

Au questionnaire était joint une enveloppe préaffranchie pour le retour de celui-ci.

## IV. Déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

Après prise de contact avec la CNIL, il n'a pas été nécessaire d'effectuer de déclaration puisque les données recueillies étaient traitées de manière anonyme.

## **V. Analyse statistique**

Les données ont été informatisées dans un tableau Microsoft Excel. Une consultation d'aide à l'analyse statistique a été effectuée avec les statisticiens de la plateforme d'aide méthodologique de la clinique de santé publique du CHRU de LILLE.

L'analyse statistique a été réalisée par l'auteur de ce travail à l'aide du logiciel BioStats.

Les variables quantitatives ont été décrites par leurs moyennes et leurs écarts-types, les variables qualitatives par leurs effectifs et leurs pourcentages. Les principaux résultats ont été présentés avec leur intervalle de confiance. Le risque alpha de première espèce pour toutes ces analyses a été fixé à 5% (Intervalle de confiance (IC) à 95%).

## Résultats

### I. Caractéristiques de l'étude

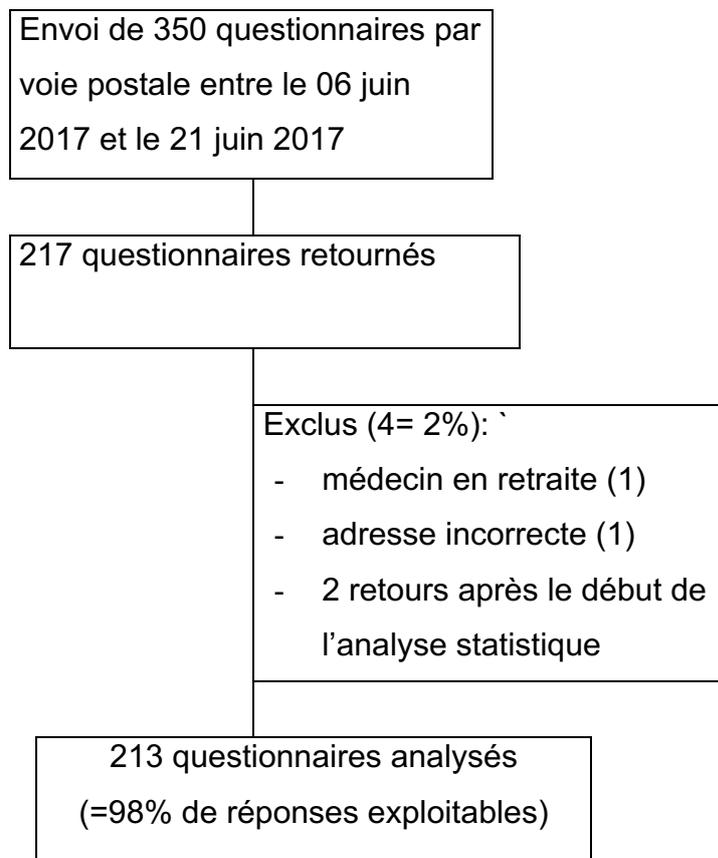
#### A. Diagramme de Flux de l'étude

350 questionnaires ont été envoyés par voie postale aux médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais entre le 06/06/2017 et le 21/06/2017.

Le recueil des données s'est effectué jusqu'au 12/09/17.

217 médecins généralistes ont répondu au questionnaire, 4 questionnaires n'ont pas été pris en compte pour l'analyse statistique pour les raisons suivantes :

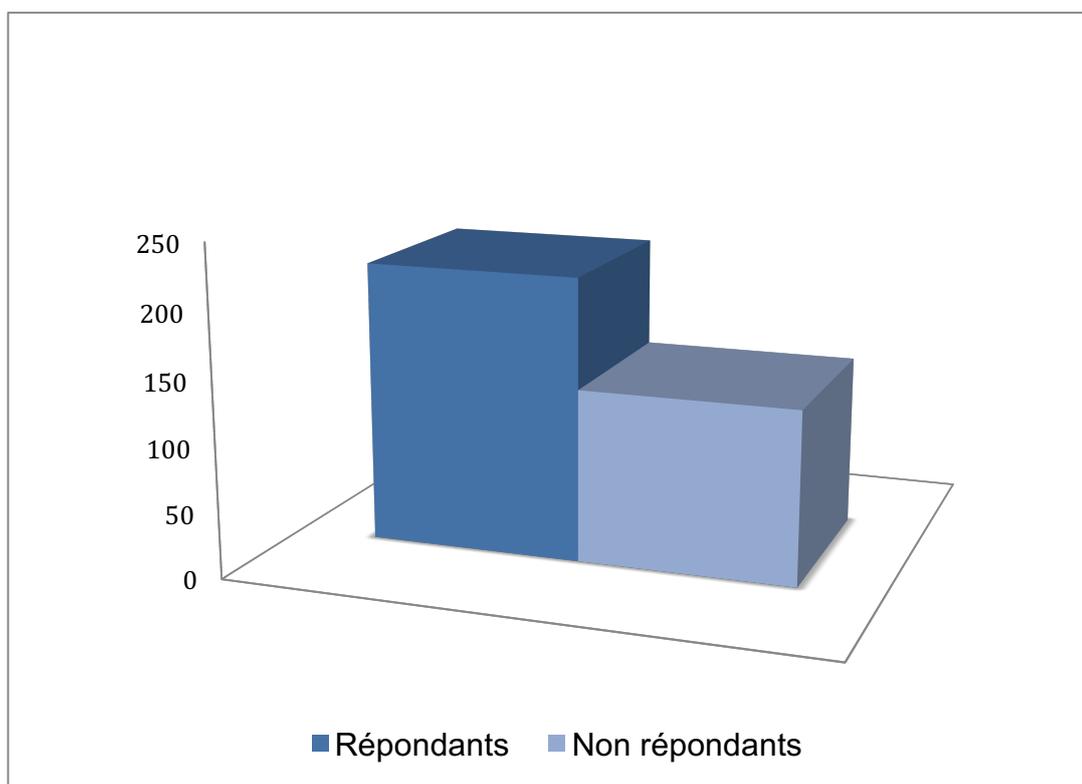
- médecin généraliste en retraite (1)
- adresse incorrecte (1)
- questionnaires retournés après le recueil des données (2)



*Figure 14 : Diagramme de flux de l'étude*

## B. Taux de réponse à l'étude.

Le **taux de réponse** à l'étude était de **62%** dont 98% de réponses exploitables. Nous avons constaté un taux de réponse plus important chez les hommes (64%) que chez les femmes (55%).

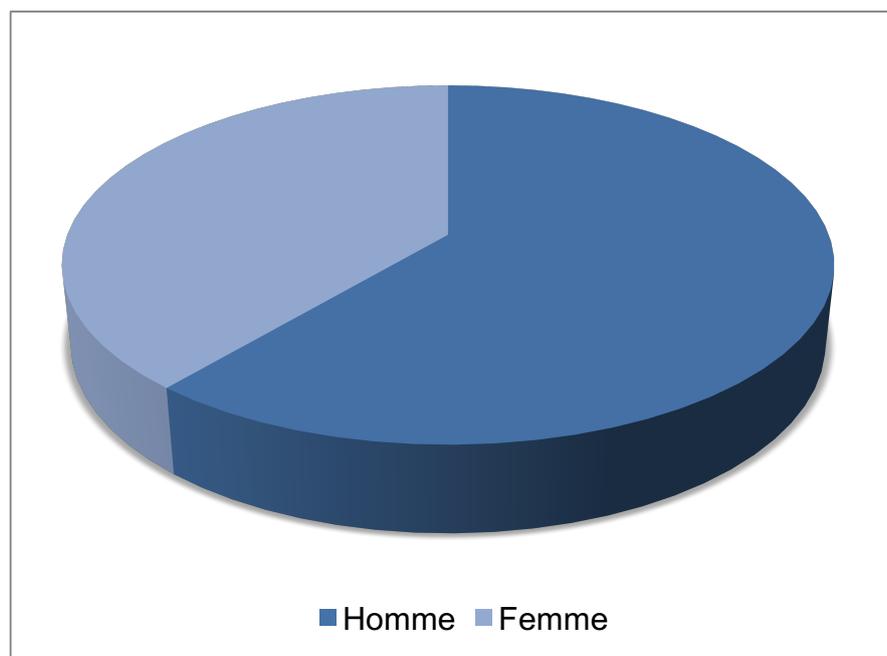


*Figure 15 : Pourcentage du taux de réponse à l'étude*

## II. Caractéristiques de la population de l'étude

### A. Répartition Homme/Femme

Parmi les médecins généralistes ayant répondu 61% étaient des hommes et 39% des femmes.

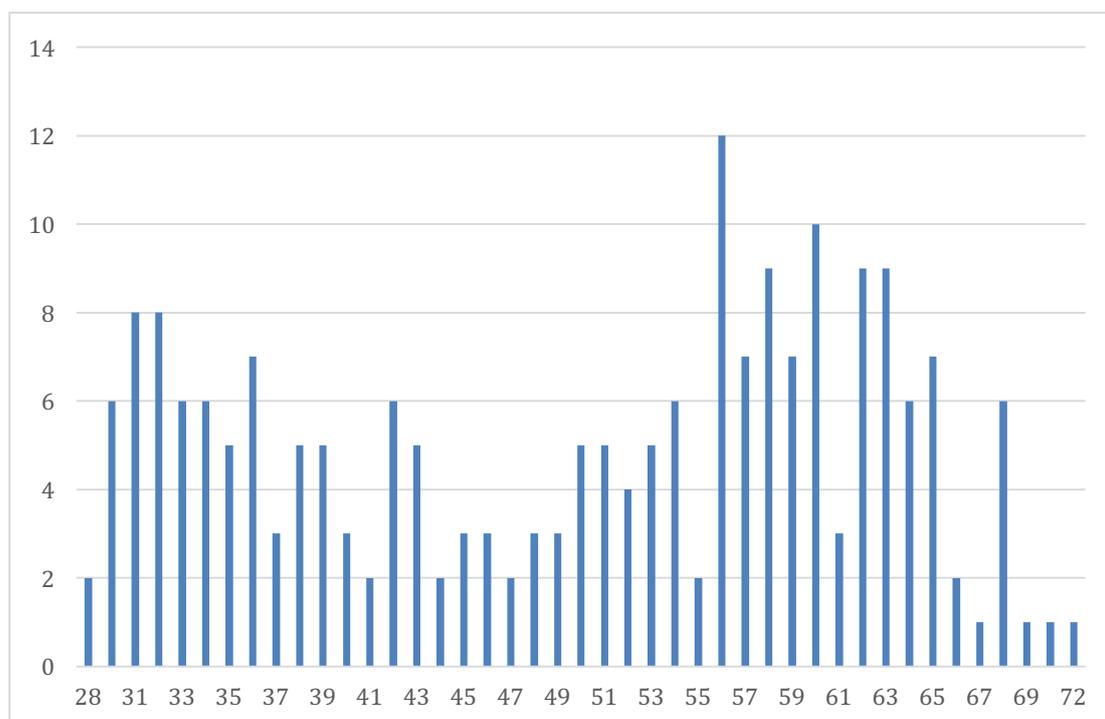


*Figure 16 : Répartition Homme/Femme*

La moyenne d'âge était de **49,6 ans** avec un écart type de +/- 12,2, un minimum de 28 ans et un maximum de 72 ans, (IC95%, 47,95-51,25).

L'âge moyen des femmes était de 43,5 ans +/- 10,7, (IC95%, 41,18-45,82).

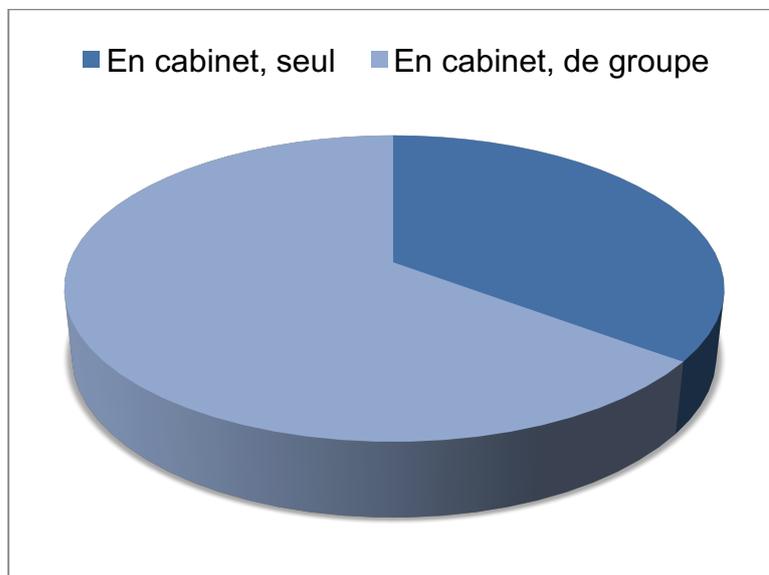
Celui des hommes était de 53,4 ans +/- 11,5, (IC95%, 51,42-55,38).



*Figure17 : Répartition des âges des répondants*

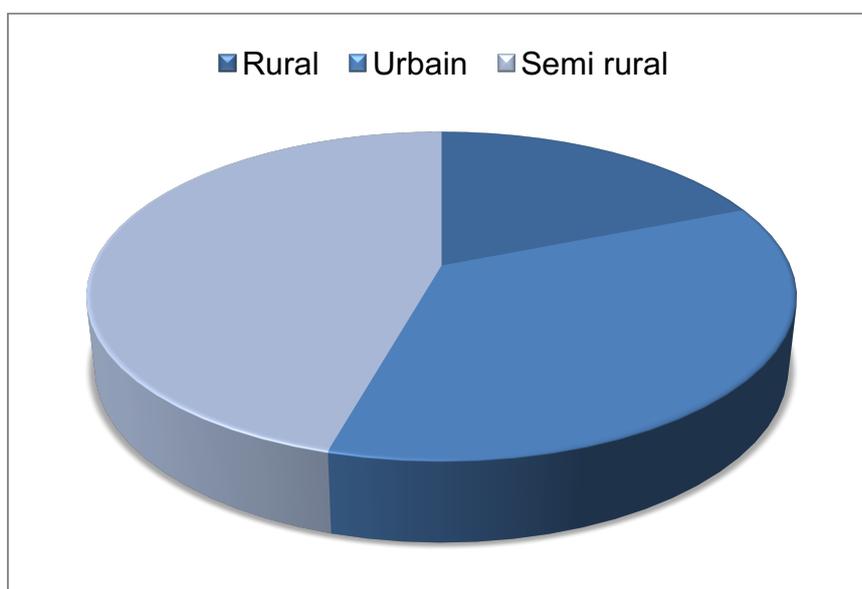
## B. Mode et lieu d'exercice

L'exercice s'effectuait en cabinet de groupe pour 65% d'entre eux et en cabinet seul pour 35%.



*Figure 18 : Mode d'exercice*

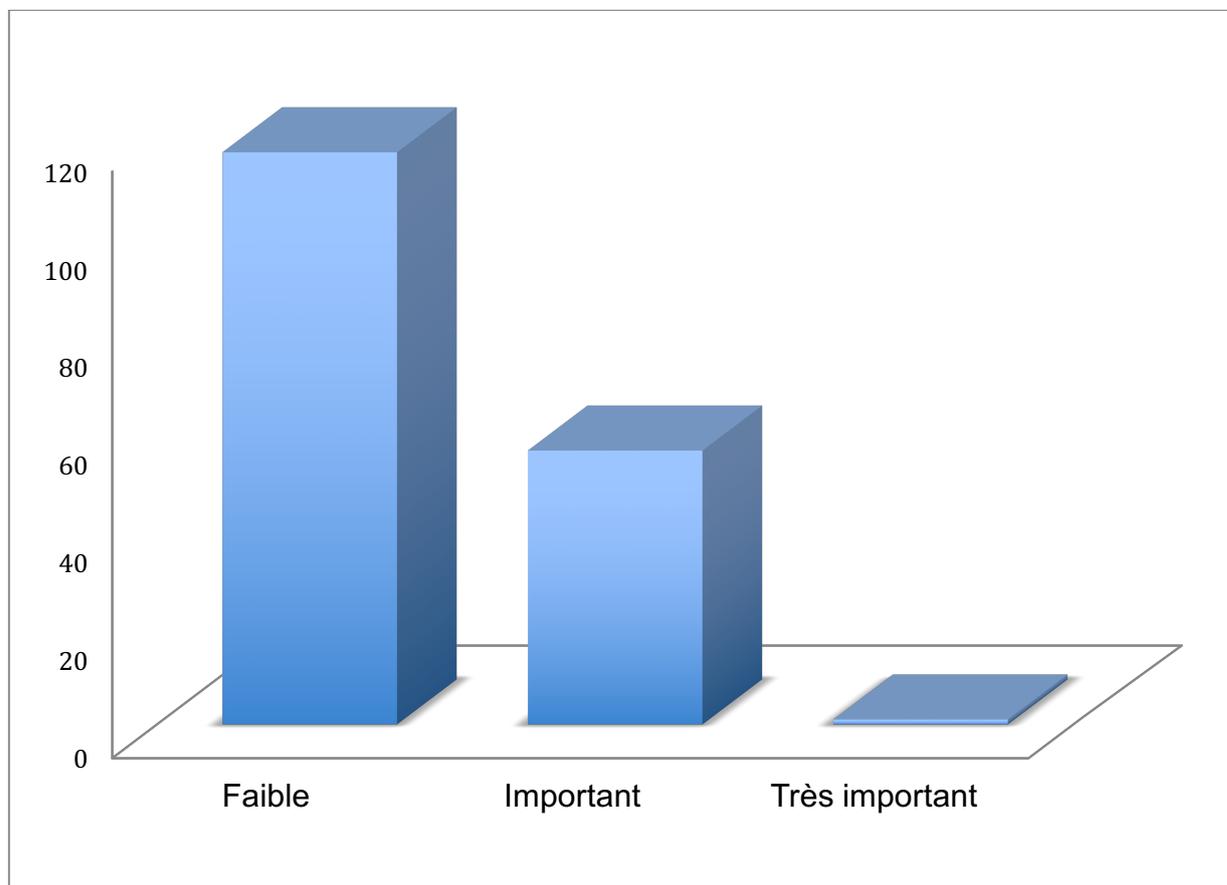
46% des médecins généralistes exerçaient en milieu semi rural, 35% en milieu urbain et 19% en milieu rural.



*Figure 19 : Lieu d'exercice*

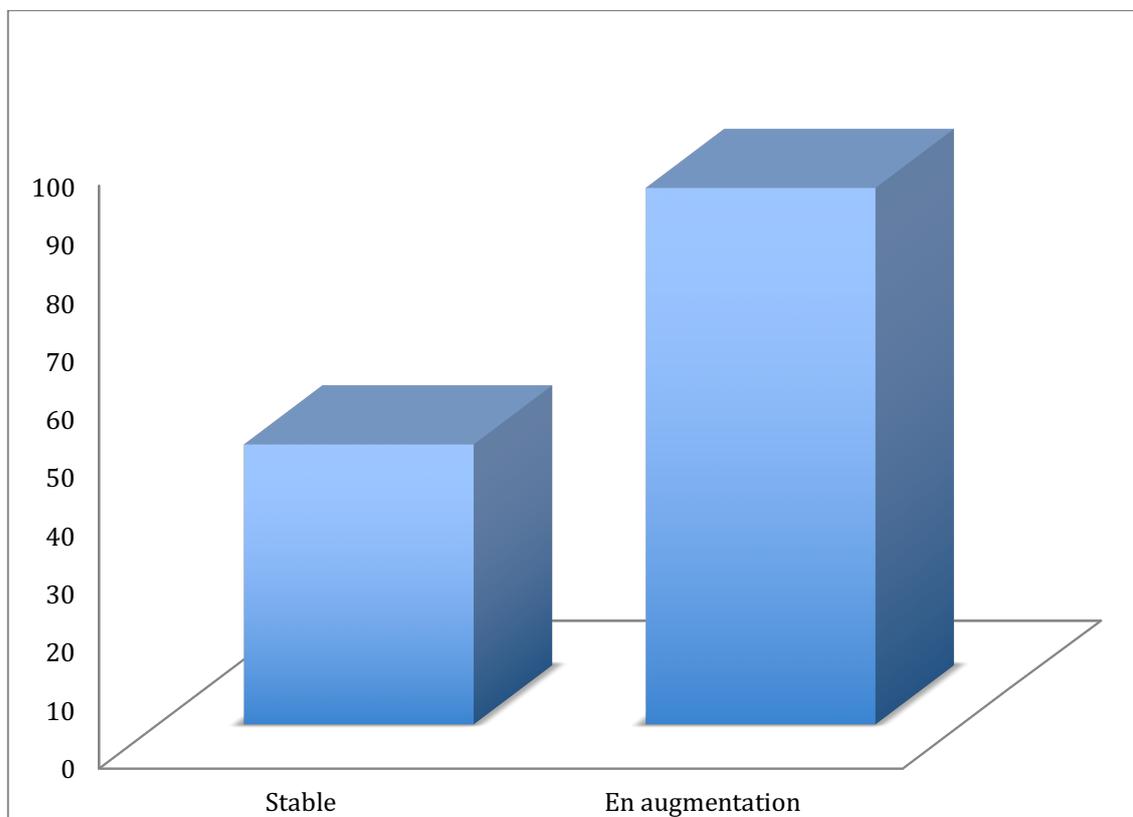
### III. Epidémiologie

#### A. Patients éligibles à la chirurgie bariatrique



*Figure 20 : Evaluation du nombre de patients éligibles à la chirurgie bariatrique*

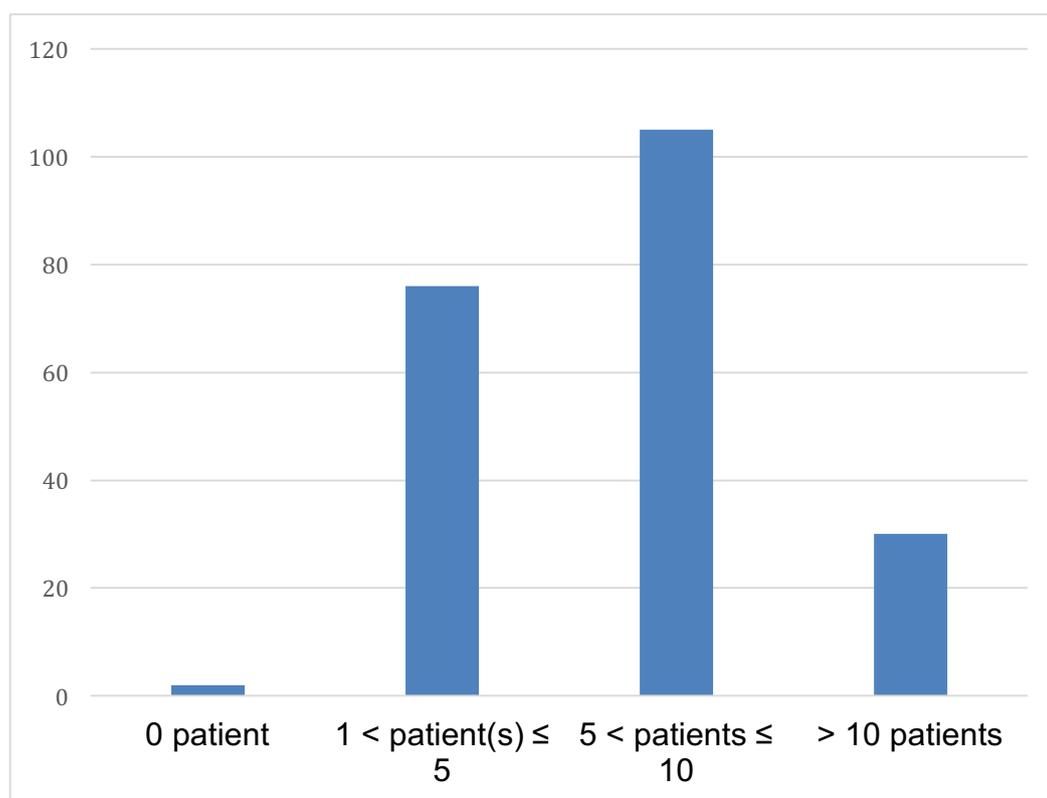
Le taux de patient éligible à la chirurgie bariatrique dans la patientèle des médecins généralistes interrogés était évalué à **67%** comme **faible**, à **32%** comme important et **1%** comme très important.



*Figure 21 : Evaluation de l'évolution du taux de patient éligible à la chirurgie bariatrique*

Il était évalué comme **en augmentation** dans **66%** des cas et stable dans 34% des cas.

## B. Nombre de patients opérés suivis



*Figure 22 : Nombre de patients opérés suivis par les médecins généralistes*

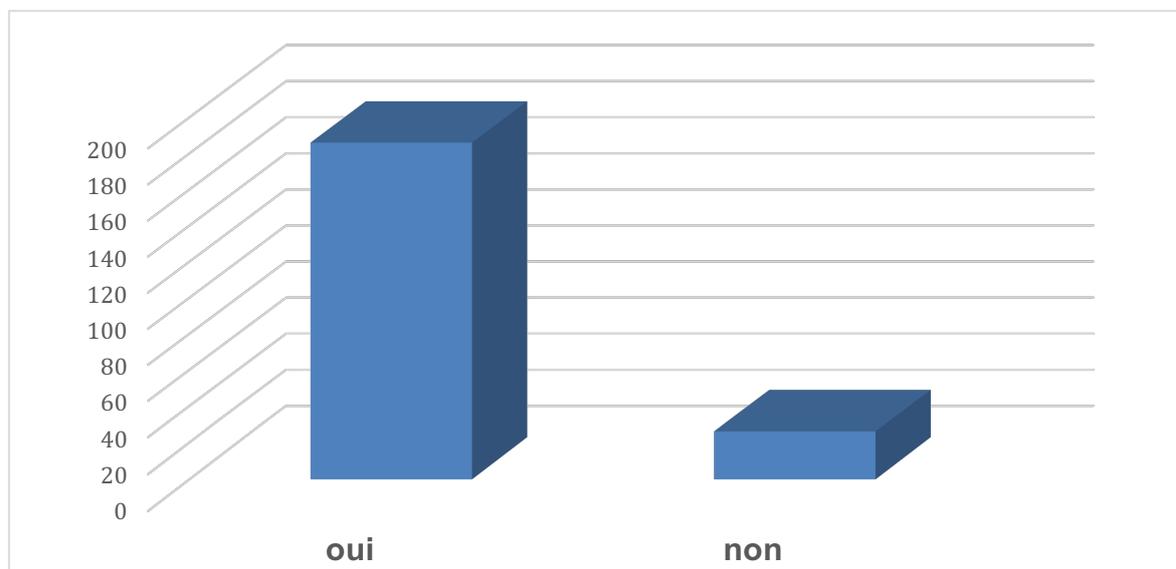
Concernant les patients opérés de chirurgie bariatrique:

- **49%** des médecins généralistes en suivaient **5 à 10**,
- 36% en suivaient entre 1 et 5,
- 14% en suivaient plus de 10,
- 1% n'en suivait pas.

63% des médecins généralistes suivaient donc plus de 5 patients opérés.

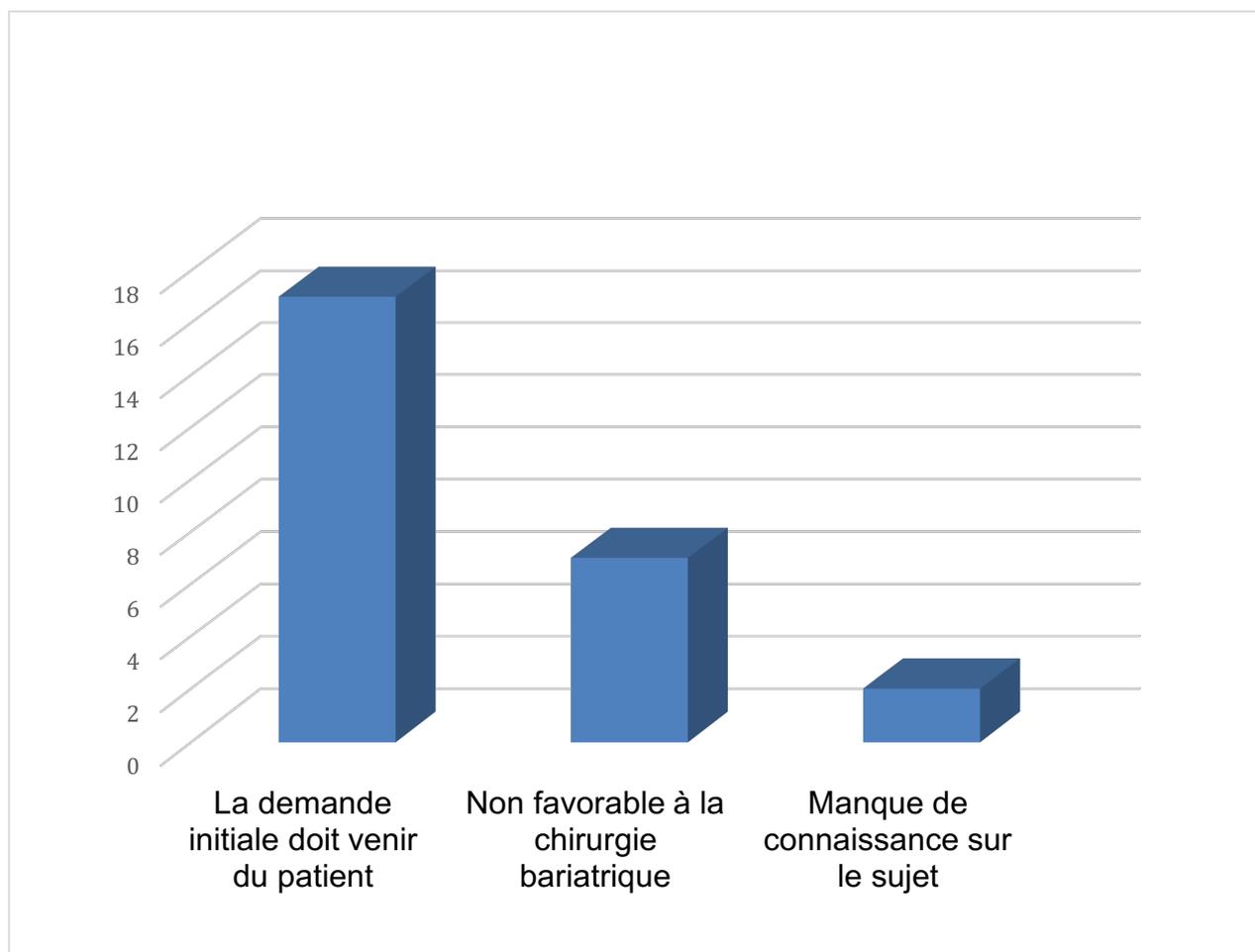
#### IV. Implication des médecins généralistes dans le parcours de soins pré opératoire

##### A. Evocation de la chirurgie bariatrique



*Figure 23 : Rôle du médecin généraliste d'évoquer ou non la chirurgie bariatrique*

Les médecins généralistes interrogés étaient **88%** à estimer qu'il était de leur rôle d'évoquer la chirurgie bariatrique aux patients éligibles versus **12%**.

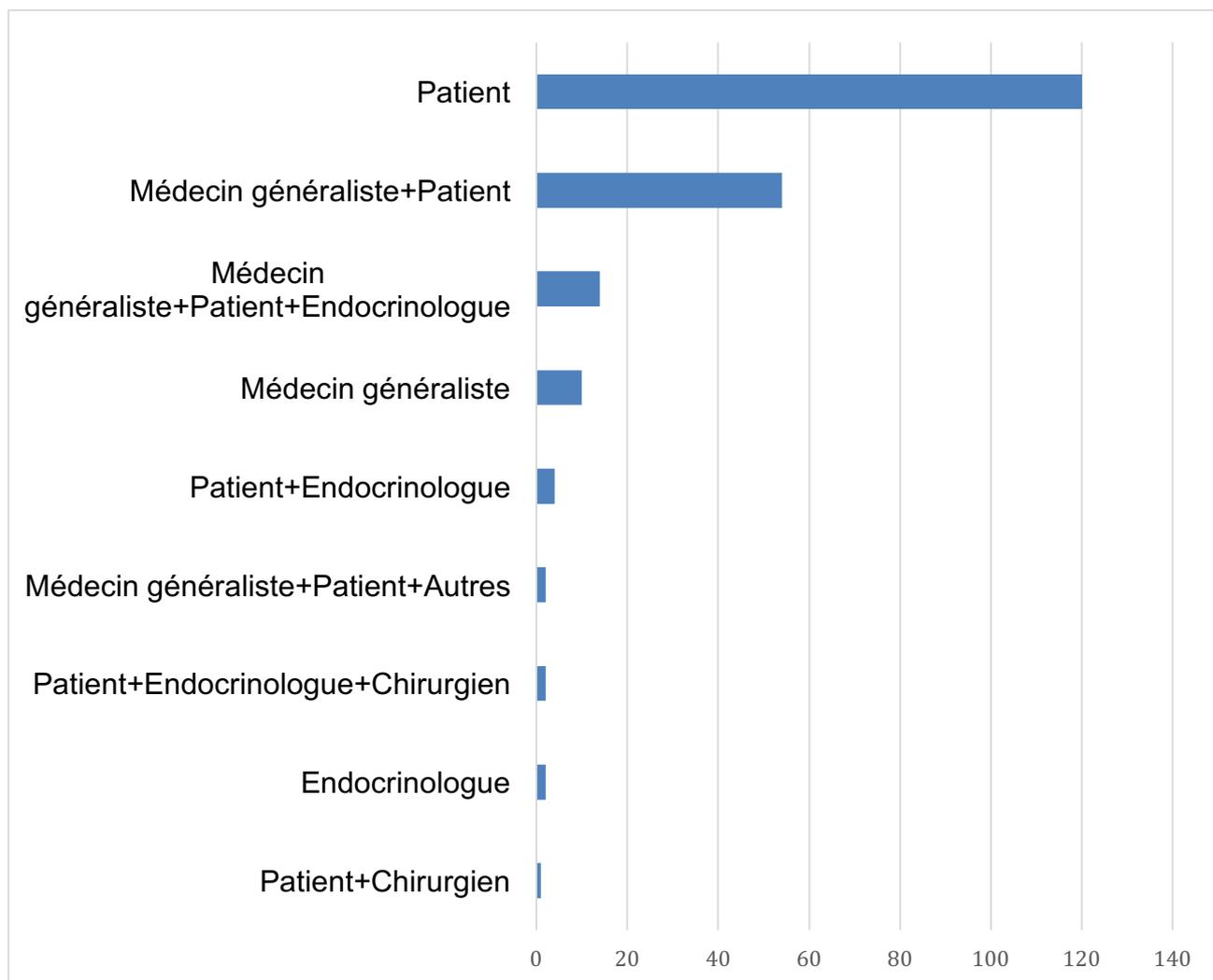


*Figure 24 : Pour quelles raisons les MG n'abordent-ils pas la question de la CB avec leurs patients ?*

Parmi les médecins généralistes estimant qu'il n'était pas de leur rôle d'évoquer la chirurgie bariatrique aux patients éligibles, **65%** pensaient que **la demande initiale devait venir du patient**, **27%** n'étaient pas favorable à la chirurgie bariatrique et **8%** manquaient de connaissance sur ce sujet.

## B. Initiation de la prise en charge chirurgicale

## 1) Par qui ?



*Figure 25 : Initiation de la prise en charge chirurgicale : Par qui ?*

Dans **57%** des cas le patient était **seul** à l'origine de la demande initiale de prise en charge chirurgicale, (IC95%, 50,7-64,1).

Le patient était initiateur de la demande, **sans implication du médecin généraliste**, dans **61%** des cas, (IC95%, 54,39-67,61).

Le médecin généraliste et le patient décidaient **ensemble** de l'initiation de la prise en charge chirurgicale dans **26%** des cas, (IC95%, 19,9-31,8).

Le médecin généraliste était impliqué **seul** dans **5%** des cas, (IC95%, 1,9-7,7).

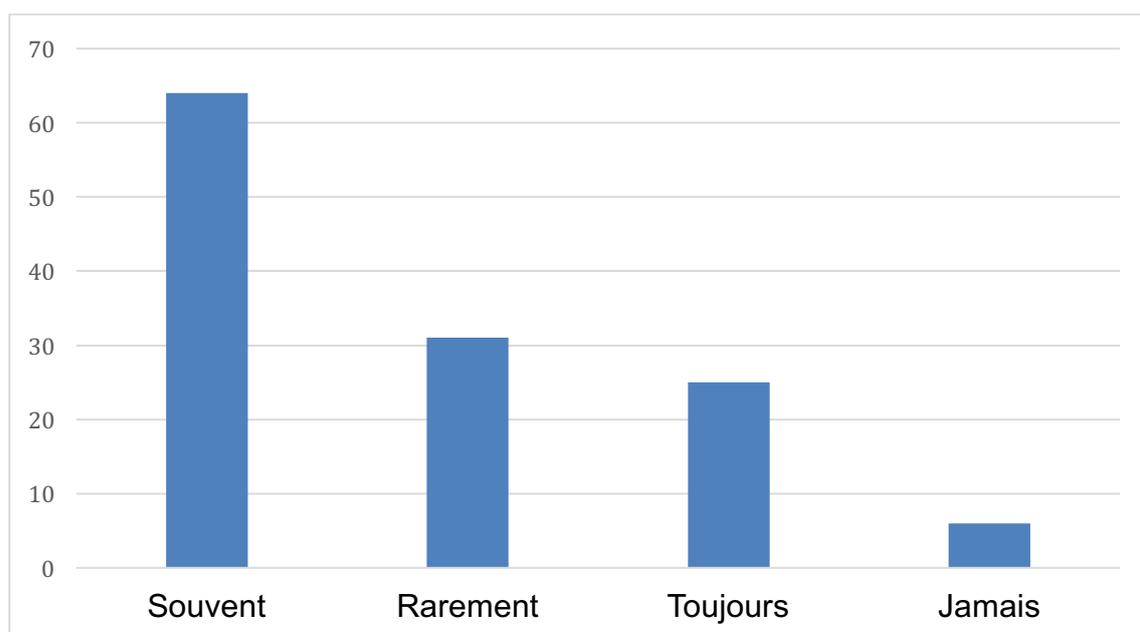
Le médecin généraliste était impliqué dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale dans **39%** des cas, (IC95%, 32,39-45,61), réparti de la manière suivante :

- **seul** dans 5% des cas
- **en association**, dans 34% des cas.

Les autres possibilités évoquées par les médecins généralistes interrogés sont :

- Médecin généraliste + Patient + Endocrinologue : 7%
- Patient + Endocrinologue : 2%
- Endocrinologue : 1%
- Patient + Endocrinologue + Chirurgien : 1%
- Médecin généraliste + Patient + Cardiologue ou Chirurgien Orthopédique : 1%
- Patient+ Chirurgien : 1

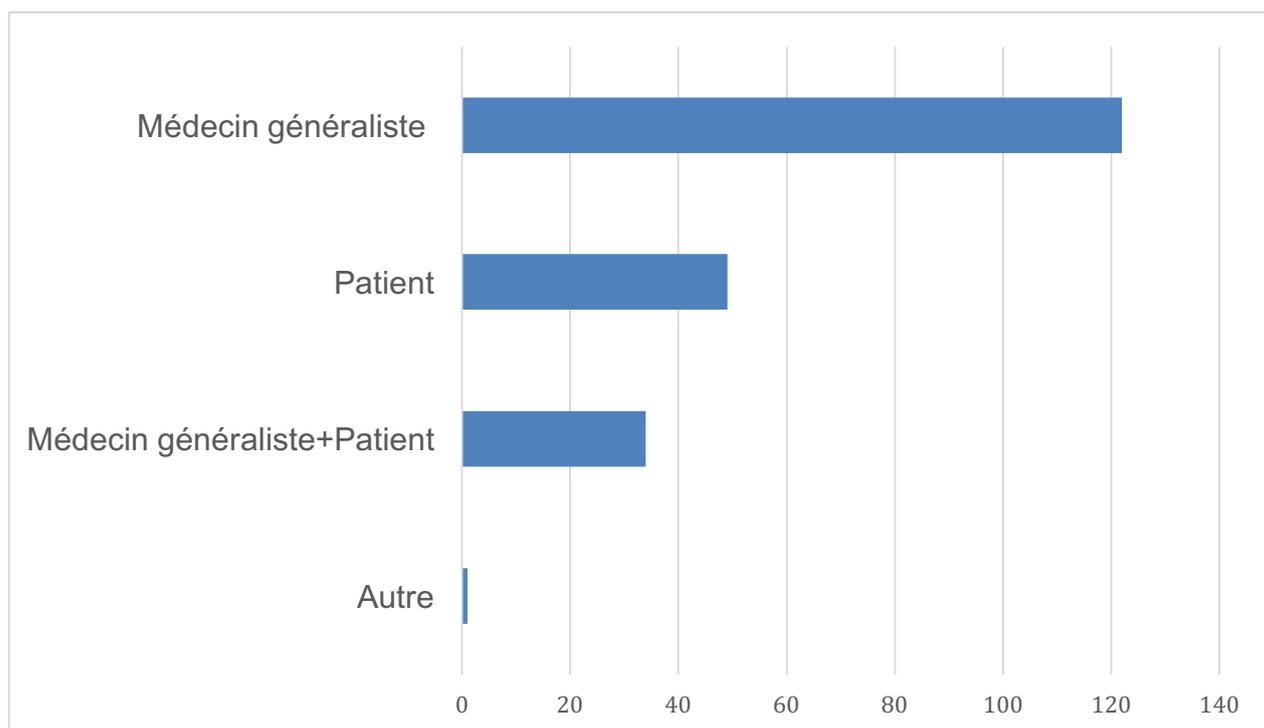
## 2) Avis du médecin généraliste quand le patient est initiateur



*Figure 26 : Sollicitation de l'avis du médecin généraliste quand le patient est initiateur*

Quand les patients étaient initiateurs de la demande de prise en charge chirurgicale, sans implication du médecin généraliste, ils étaient **50%** à demander **souvent**, **25%** **rarement**, **20%** **toujours** et **5%** **jamais**, l'avis de leurs médecins généralistes.

### C. Choix du chirurgien : par le médecin généraliste ou le patient ?



*Figure 27 : Choix du chirurgien : par qui ?*

Les **médecins généralistes** étaient **50%** à choisir **seul** le chirurgien à qui ils adressaient leurs patients, (IC95%, 43,17-56,83).

Les patients étaient **24%** à choisir seul le chirurgien qu'ils voulaient consulter pour la poursuite de la prise en charge.

Dans **17%** des cas, le médecin généraliste et le patient choisissaient ensemble le chirurgien.

#### Les autres propositions :

- « Je n'ai jamais eu à le faire »

Des précisions ont été apportées par les médecins généralistes sur le correspondant choisi pour l'initiation :

- équipe pluridisciplinaire (13)
- endocrinologue (4)
- nutritionniste (4)
- réseau (=1)

## V. Difficultés rencontrées dans le parcours de soins et pistes d'amélioration

A. Le patient est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire : Quel est le rôle du médecin généraliste ?

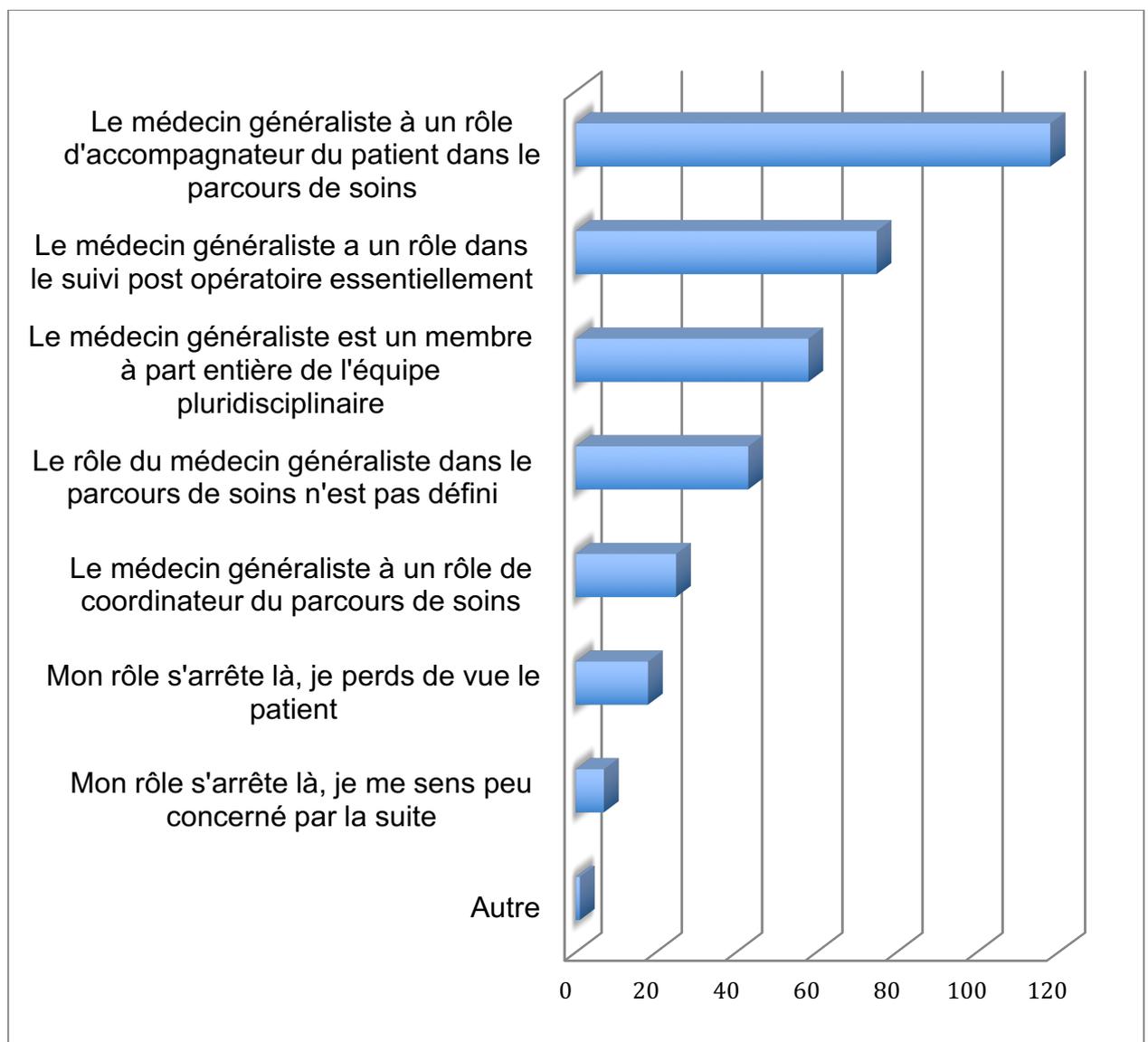


Figure 28 : Rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins

Sur les 211 médecins ayant répondu à la question, en considérant qu'un médecin généraliste peut appartenir à plusieurs groupes :

- **66%** estimaient avoir un rôle **d'accompagnateur du patient dans le bilan préopératoire** (IC95%, 59,61-72,39),
- 35% à avoir un **rôle essentiellement dans le suivi** post-opératoire,
- 27% considéraient être un **membre à part entière de l'équipe pluridisciplinaire**,
- 20% estimaient ne pas avoir de rôle défini dans le parcours de soins du patient,
- 10% avaient un rôle de coordinateur du bilan pré opératoire,
- 8% avaient un rôle qui s'arrêtait là parce qu'ils perdaient de vue le patient,
- 3% ne se sentaient pas concernés par la poursuite de la prise en charge.

En commentaire libre, un médecin précisait proposer simplement son aide au patient et le patient avisait ensuite.

## B. Recommandations HAS et sources de connaissances

### 1) Connaissance des recommandations HAS

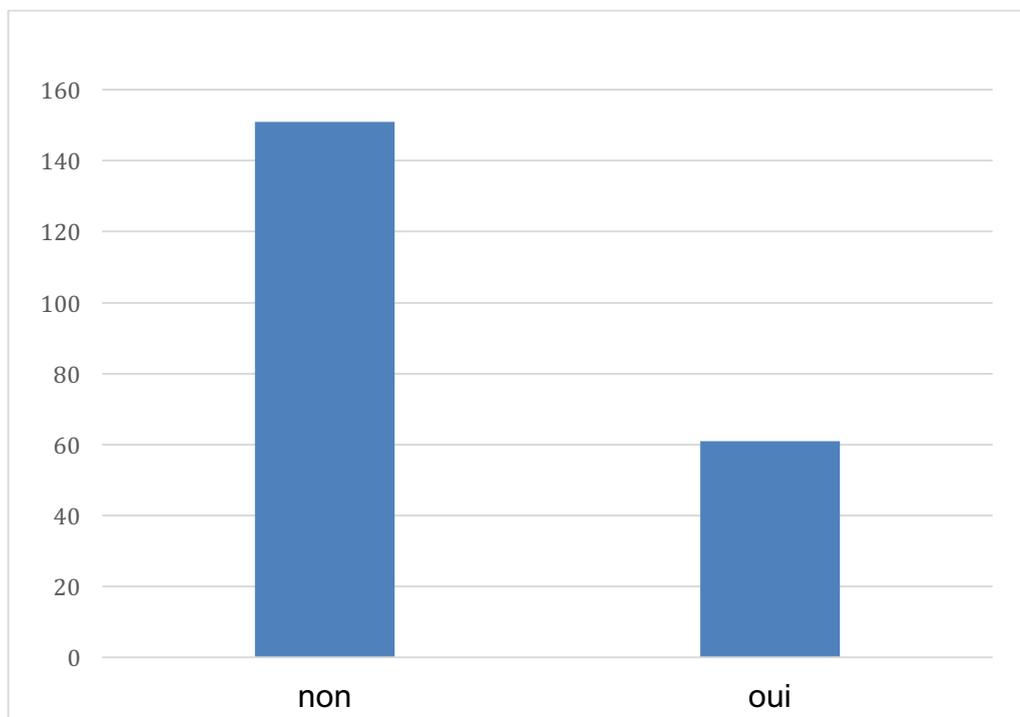
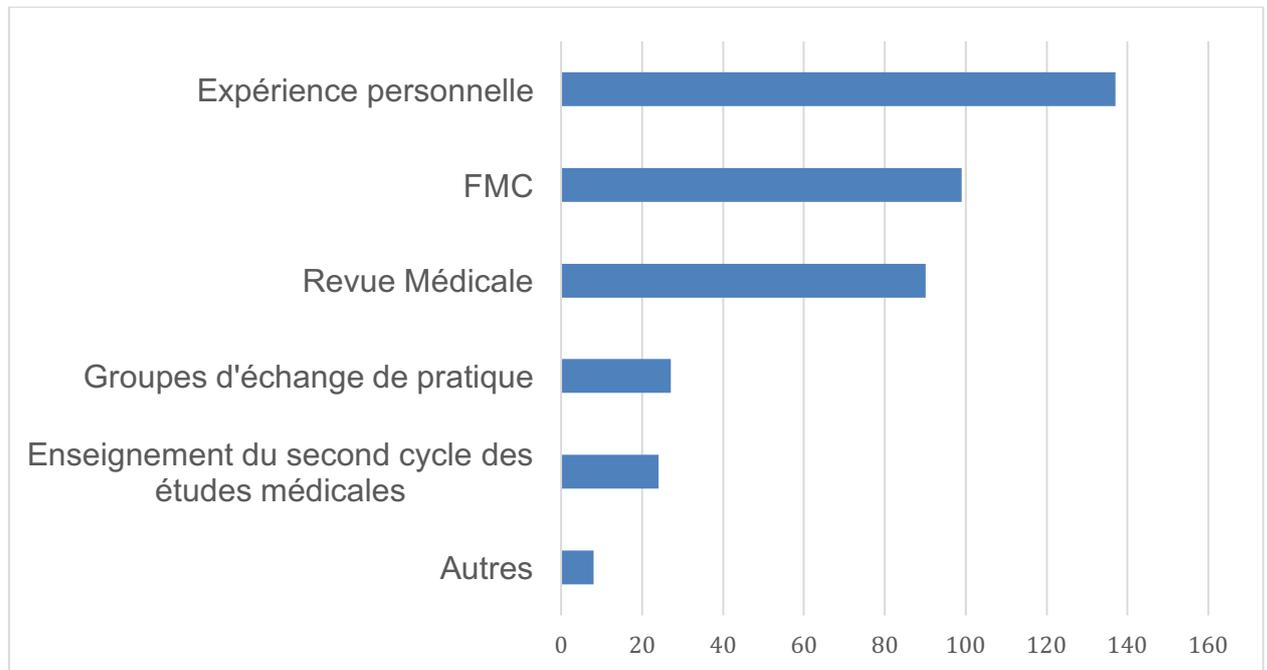


Figure 29 : Connaissance des recommandations HAS: « Obésité: prise en charge chirurgicale chez l'adulte »

**29%** des médecins généralistes interrogés déclaraient avoir pris connaissance des recommandations HAS de 2009 « Obésité : Prise en charge chirurgicale de l'adulte » (IC95%, 22,7-34,9) versus **71%** qui n'en avaient pas connaissance (IC95%, 65,1-77,3).

## 2) Sources de connaissances



*Figure 30 : Sources de connaissances des MG*

Les connaissances des médecins généralistes étaient issues dans

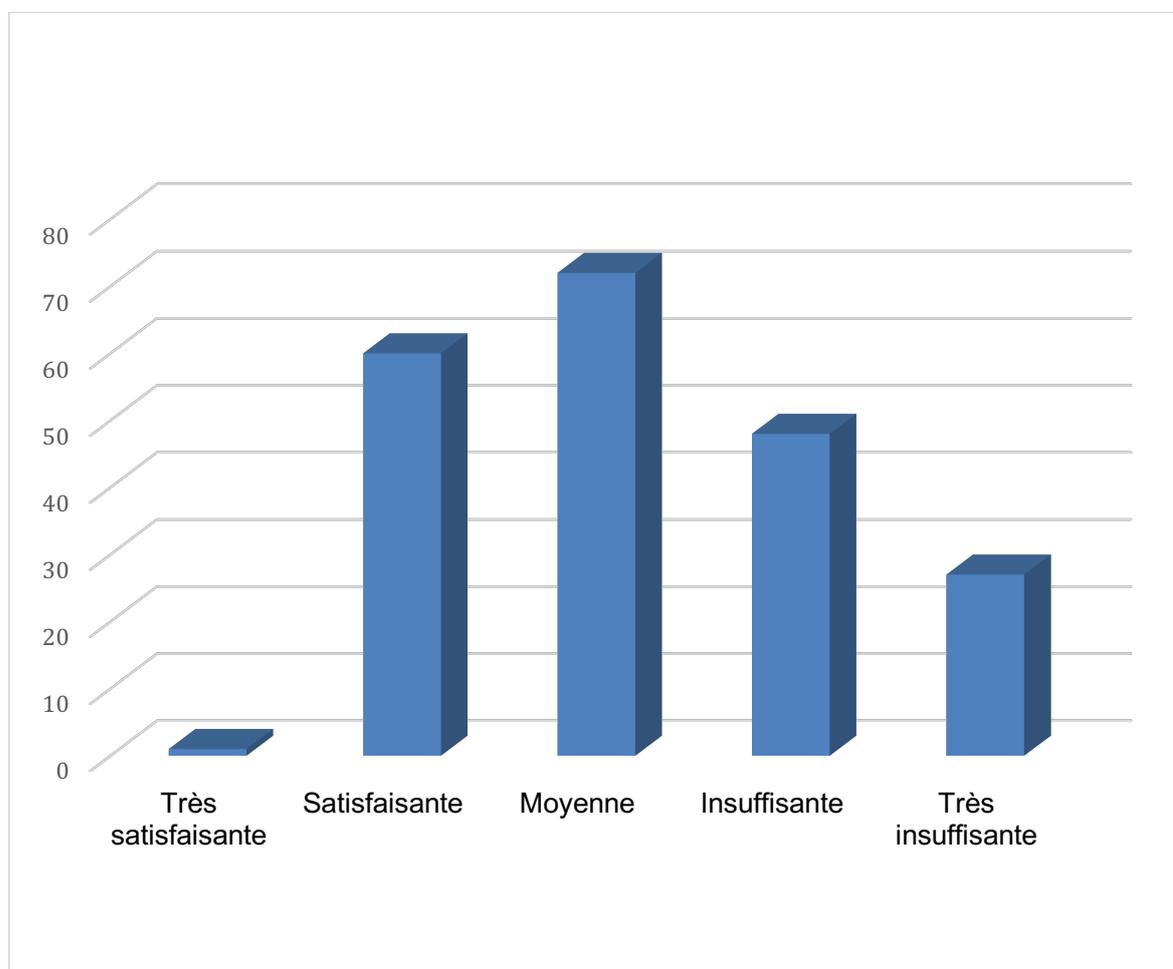
- **65%** des cas de leur **expérience personnelle** (IC95%, 58,79-71,67),
- **47%** de la **formation médicale continue (FMC)**,
- **43%** des **revues médicales**,
- **13%** des **groupes d'échange de pratiques (GEP)**,
- **11%** de **l'enseignement du second cycle des études médicales**.
- 

Les autres sources de connaissance évoquées par les médecins généralistes:

- Un stage d'internat en endocrinologie avec secteur prise en charge obésité (1)
- Des retours de patients (2)
- Les recommandations HAS (2)
- Une réunion avec l'équipe pluridisciplinaire (1)
- Confrère et suivi nutritionniste (1)

C. Niveau de satisfaction de l'implication dans le bilan préopératoire et pistes d'amélioration.

1) Niveau de satisfaction de l'implication



*Figure 31 : Implication du médecin généraliste dans le bilan préopératoire du patient*

**35%** des médecins jugeaient leur implication comme **moyenne**, **29%** comme **satisfaisante**, **23%** comme **insuffisante**, **13%** comme **très insuffisante**.

Un médecin généraliste estimait son implication comme **très satisfaisante**.

Un médecin généraliste pensait qu'il était inutile de s'impliquer puisque le CHRU s'occupait de tout.

2) ) Pistes d'amélioration de l'implication des médecins généralistes dans le parcours de soins préopératoire

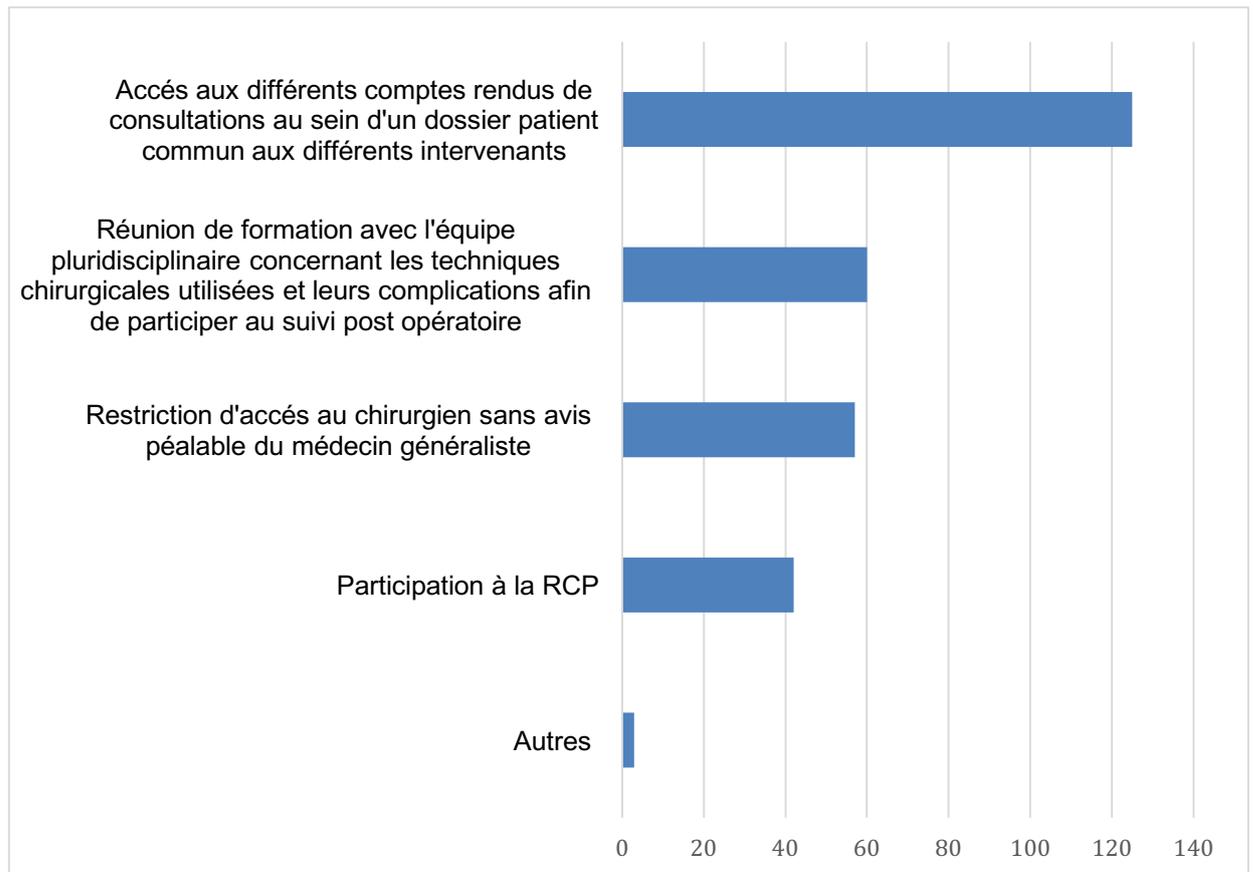


Figure 32 : Piste d'amélioration de l'implication des MG

Afin de favoriser leur implication dans la prise en charge préopératoire des patients :

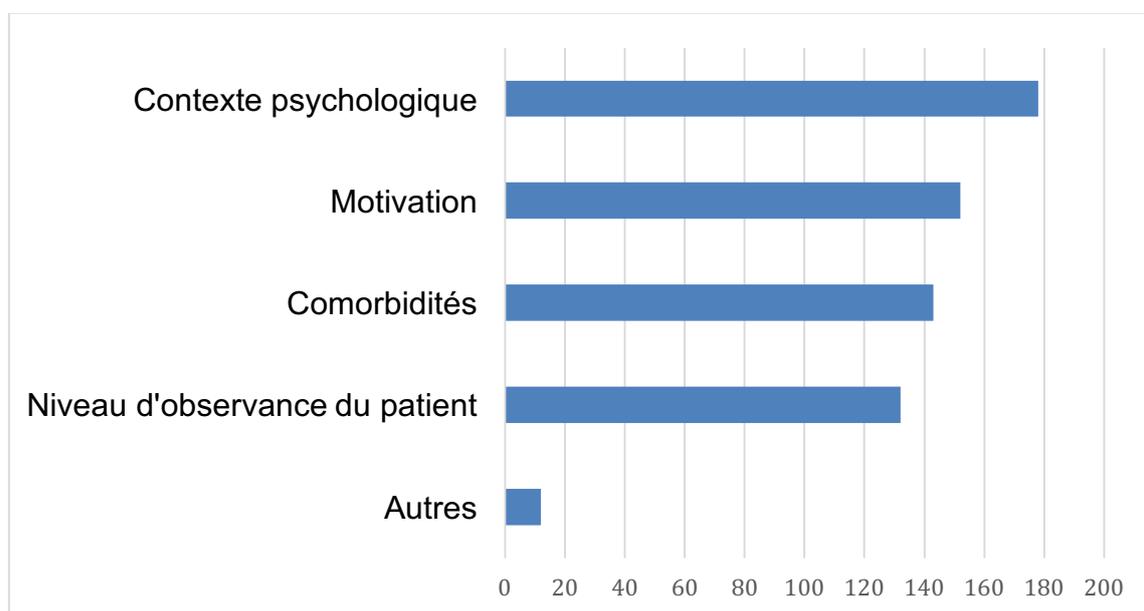
- **61%** des médecins généralistes interrogés souhaitaient pouvoir avoir accès aux comptes rendus des différentes consultations au sein d'un **dossier patient commun** à tous les intervenants (IC95%, 54,1-67,5).
- **30%** souhaitaient pouvoir bénéficier de **réunion de formation** avec l'équipe pluridisciplinaire concernant les techniques chirurgicales utilisées et leurs complications afin de participer activement au suivi post-opératoire (IC95%, 23,2-35,7).
- **28%** souhaitaient une restriction d'accès aux chirurgiens sans avis préalable du médecin généraliste (IC95%, 21,8-34,1).
- **21%** souhaitaient participer à la RCP (IC95%, 15-26,1).

Autres propositions des médecins généralistes interrogés :

- Une meilleure connaissance des troubles du comportement alimentaire et de leur prise en charge.
- La participation à la RCP facultative en fonction des profils des patients.

Des commentaires libres ont été effectués :

- « Actuellement, ça me convient, de bons correspondants qui m'envoient un retour d'informations. »
- « Quel en est l'intérêt ? »

3) *Désir de communication*

*Figure33 : Informations que les médecins généralistes souhaiteraient communiquer*

Les médecins généralistes de l'étude souhaiteraient pouvoir partager avec l'équipe pluridisciplinaire prenant en charge leurs patients les informations suivantes, par ordre décroissant :

- le **contexte psychologique 85%** (IC95%, 80,16-89,84),
- la motivation,72%.
- les comorbidités 68%,
- le niveau d'observance 63%,

Les autres informations concernant le patient que les médecins généralistes voudraient communiquer sont :

- Des renseignements sur le régime alimentaire (2),
- Sur l'environnement social, économique, familial, culturel et professionnel (6),
- Sur les thérapeutiques en cours et l'historique personnel (1)

En commentaire libre un médecin évoquait une équipe suffisamment formée pour ne pas intervenir.

4) Points à améliorer concernant la prise en charge préopératoire du patient éligible à la chirurgie bariatrique

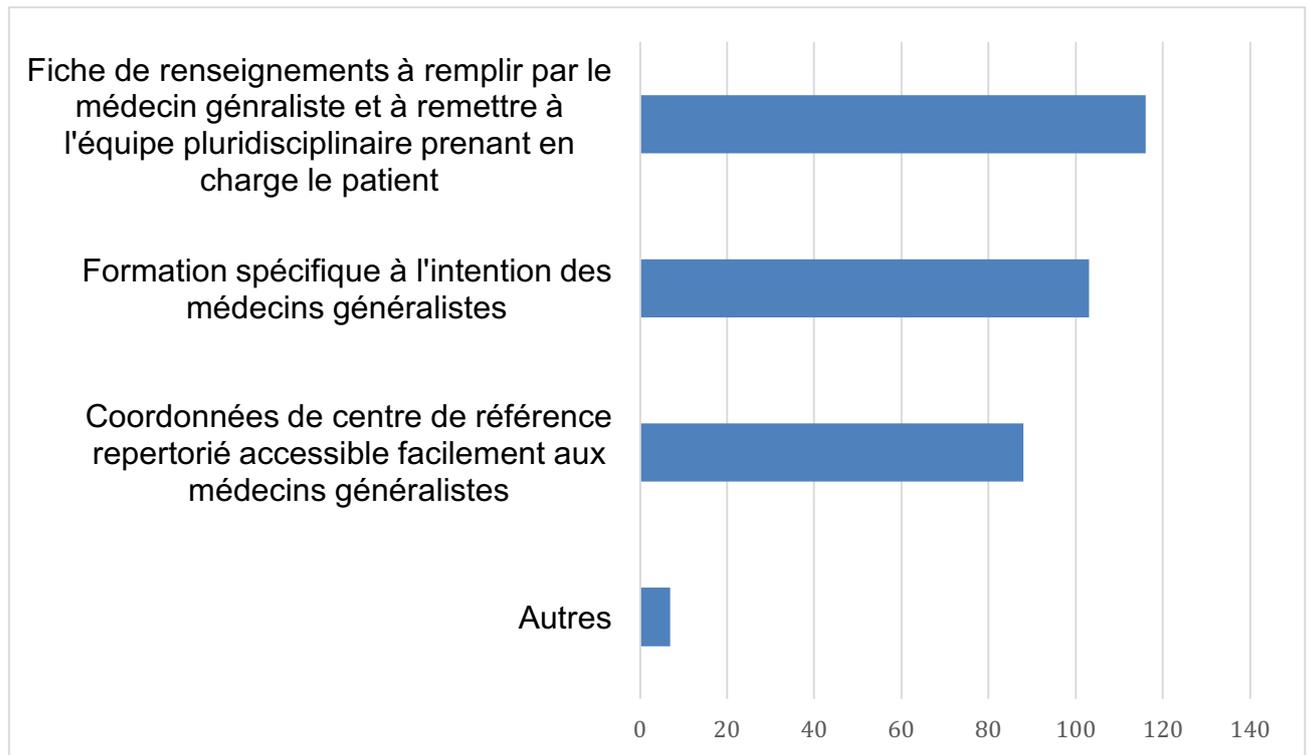


Figure 34 : Piste d'amélioration de la prise en charge pré opératoire du patient éligible à la CB.

**57%** des médecins généralistes souhaitaient **une fiche de de renseignement** à remplir par le médecin généraliste et à remettre à l'équipe pluridisciplinaire prenant en charge leur patient. (IC95%, 50,6-64,2)

**51%** souhaitaient une **formation spécifique** à l'intention des médecins généralistes. (IC95%, 44,1-57,9)

**44%** souhaitaient pouvoir avoir accès aux coordonnées de centre de référence répertorié. (IC95%, 36,7-50,4)

Les autres propositions évoquées par les médecins généralistes concernant les points à améliorer étaient :

- L'intégration active du médecin généraliste dans le bilan pré opératoire (1)
- Faire connaître le référentiel HAS (1)
- L'amélioration de prise en charge psychologique des patients (2)

Trois médecins avaient précisé qu'il n'y avait aucun point à améliorer.

## VI. Analyse bivariée

### A. Implication du médecin généraliste dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale

#### 1) Et le choix du correspondant.

Quand le médecin généraliste était impliqué dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale, il était impliqué dans le choix du chirurgien à qui il adressait son patient dans **88%** des cas versus **68%** quand il n'était pas impliqué dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale. (Test exact de Fisher, **p=0,001**)

	<b>MG impliqué dans l'initiation de la CB</b>	<b>MG non impliqué dans l'initiation de la CB</b>	
<b>MG non impliqué dans le choix du correspondant</b>	9 (=12%)	40 (=32%)	49
<b>MG impliqué dans le choix du correspondant</b>	69 (=88%)	86 (=68%)	155
	78	126	204

*Figure 35 : Tableau de contingence de l'association entre l'implication ou non du MG dans l'initiation de la CB et l'implication ou non du MG dans le choix du correspondant.*

## 2) Et le nombre de patients opérés suivis.

Quand le médecin généraliste était impliqué dans l'initiation de la chirurgie bariatrique, il suivait dans **77%** des cas plus de 5 patients opérés versus **56%** quand il n'avait pas initié la prise en charge chirurgicale. (Test du Chi-Deux, **p=0,002**)

	<b>MG impliqué dans l'initiation de la CB</b>	<b>MG non impliqué dans l'initiation de la CB</b>	
<b>0 &lt; patients ≤ 5 opérés</b>	18 (=23%)	57 (= 44%)	75
<b>&gt;5 patients opérés</b>	61 (=77%)	72 (=56%)	133
	79	129	208

*Figure 36 : Tableau de contingence de l'association entre l'implication ou non du MG dans l'initiation de la CB et le nombre de patients suivis opérés.*

## 3) Et l'évocation de la chirurgie bariatrique par le médecin généraliste

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre l'évocation de la chirurgie bariatrique par le médecin généraliste et son implication dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale.

A noter cependant, quand le médecin généraliste estimait qu'il n'était pas de son rôle d'évoquer la prise en charge chirurgicale au patient, il n'était pas impliqué dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale dans 96% des cas. (Test exact de Fisher p=4,77) (Annexe 2)

#### 4) *Et l'âge des médecins généralistes*

Les médecins généralistes qui étaient impliqués dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale étaient statistiquement plus âgés que les médecins généralistes qui n'étaient pas impliqués dans l'initiation. (Test non paramétrique de Wilcoxon indépendant, **p=0,005**) (Annexe 3)

L'âge moyen des médecins impliqués dans l'initiation de la prise en charge était **de 52, 67 ans** + /- 10,35 (IC95%, 50,35-54,99).

Celui des médecins non impliqués dans l'initiation de la prise en charge était de **47,50 ans** + /-12,56 (IC95%, 45,30-49,71).

#### B. Lecture ou non des recommandations HAS

##### 1) *Et l'évocation de la chirurgie bariatrique par les médecins généralistes*

Il n'a pas été mis en évidence de lien statistiquement significatif entre la lecture des recommandations HAS et l'évocation de la chirurgie bariatrique par les médecins généralistes. (Test exact de Fisher, **p=0,65**) (Annexe 4)

##### 2) *Et l'implication des médecins généralistes dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale*

L'étude a retrouvé un lien statistiquement significatif entre la lecture des recommandations HAS et l'implication du médecin généraliste dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale.

Le médecin généraliste qui avait lu les recommandations HAS était impliqué dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale dans **51%** des cas versus **33%** quand il ne les avait pas lues.

A l'inverse quand il n'avait pas lu les recommandations HAS il n'était pas initiateur de la prise en charge chirurgicale dans **67%** versus **49%** quand il les avait lues. (Test du Chi-Deux, **p=0,014**)

	Le MG a lu les recommandations HAS	Le MG n'a pas lu les recommandations HAS	
<b>MG impliqué dans l'initiation de la CB</b>	31 (=51%)	50 (=33%)	81
<b>MG non impliqué dans l'initiation de la CB</b>	30 (=49 %)	97 (=67%)	128
	61	147	208

*Figure 37 : Tableau de contingence de l'association entre la lecture ou non des recommandations HAS et l'implication ou non du MG dans l'initiation de la CB.*

### 3) Et l'âge des médecins généralistes

L'âge n'influçait pas sur la lecture des recommandations HAS (Test non paramétrique de Wilcoxon indépendant, **p= 0,22**). (Annexe 5)

### C. Niveau de satisfaction de l'implication dans le parcours de soins

#### 1) *Et la lecture des recommandations HAS*

L'étude n'avait pas mise en évidence de lien statistiquement significatif entre la lecture des recommandations HAS et le niveau de satisfaction de l'implication dans le parcours de soins du patient. (Test exact de Fisher, **p=0,24**) (Annexe 6)

#### 2) *Et l'implication du médecin généraliste dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale.*

L'étude n'a pas mise en évidence de lien statistiquement significatif entre l'implication du médecin généraliste dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale ou non et son niveau de satisfaction dans le parcours de soins préopératoire.

Les médecins généralistes qui étaient majoritairement satisfait de leur implication dans le parcours de soins, à 52%, étaient ceux qui étaient impliqués dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale.

A l'inverse quand le niveau de satisfaction de leur implication était jugé comme moyen (69%), insuffisant (64%) et très insuffisant (70%), les médecins généralistes n'étaient pas impliqués dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale. (Test exact de Fisher, **p=0,088**) (Annexe 7)

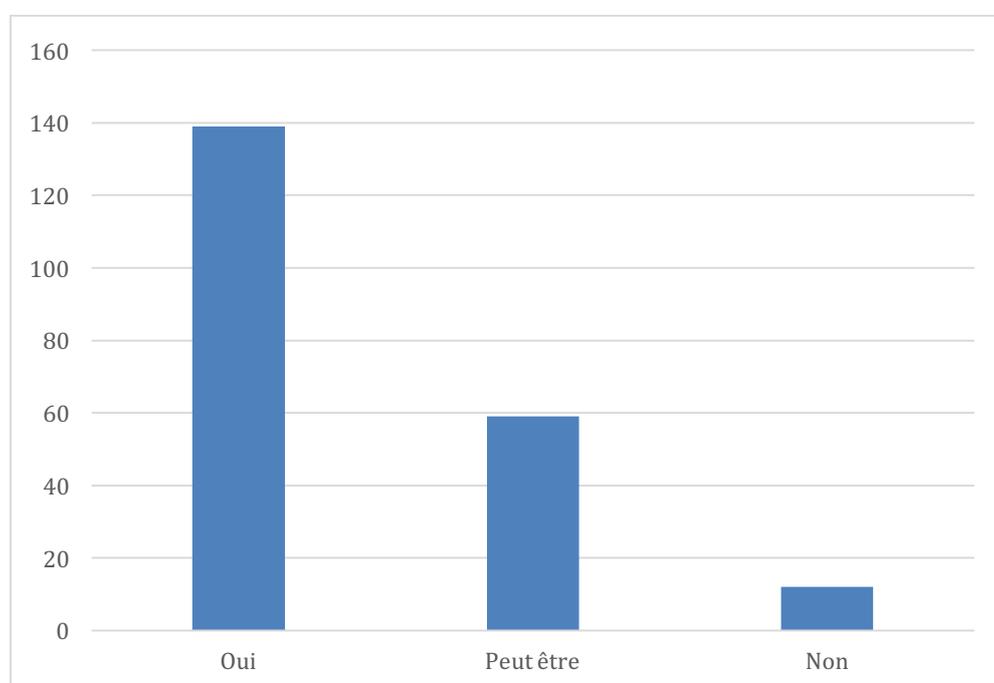
## D. L'expérience personnelle comme source de formation

### 1) Et l'âge

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative d'âge entre les médecins généralistes pour qui l'expérience personnelle était la principale source de formation versus ceux pour qui elle ne l'était pas (49,12 versus 50,10) (Tests non paramétrique de Wilcoxon indépendant,  $p=0,52$ ) (Annexe 8)

## VII. Un objectif : améliorer le suivi post opératoire

A. Favoriser l'implication du médecin généraliste dans la prise en charge préopératoire pour améliorer l'implication dans le suivi post-opératoire des patients.



*Figure 38 : Est ce que vous pensez que si vous étiez impliqué dans la prise en charge préopératoire vous le serez également en post-opératoire améliorant ainsi la qualité de suivi des patients opérés ?*

Les médecins étaient **66%** à répondre « **oui** » à la question « Pensez-vous que si vous êtes plus impliqué dans la prise en charge pré opératoire vous le serez également en post opératoire améliorant ainsi la qualité de suivi des patients opérés (IC95%, 59,8-72,6), 6% avaient répondu « non » et 28% « peut être ».

#### B. Association avec l'implication des médecins généralistes dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale

Les médecins généralistes qui étaient impliqués dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale étaient **74%** à penser qu'une meilleure implication préopératoire favoriserait leur implication en post opératoire versus **62%** pour ceux qui n'étaient pas impliqués. (Test exact de Fisher, **p=0,045**)

Parmi ceux qui ont répondu « oui » à la question, 57% n'étaient pas impliqués dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale.

	<b>MG impliqué dans l'initiation de la CB</b>	<b>MG non impliqué dans l'initiation de la CB</b>	
<b>Oui</b>	58 (=74%)	77 (=62%)	135
<b>Non</b>	1 (=1%)	11 (=9%)	12
<b>Peut être</b>	20 (=25%)	37 (=30%)	57
	79	125	204

*Figure 39 : Tableau de contingence de l'association entre l'implication du MG dans l'initiation de la CB et le fait de penser que l'implication préopératoire favoriserait ou non l'implication pos-topératoire.*

## **Discussion**

### **I. Méthodologie**

#### **A. Force**

Le principal point fort de cette étude réside dans son taux de réponse : 62% dont 98% de réponses exploitables.

C'est un taux de réponse similaire à d'autres études abordant la chirurgie bariatrique.

Cela témoigne de l'intérêt que porte les médecins généralistes sur ce sujet.

L'anonymat du questionnaire a probablement permis une plus grande liberté de réponse.

Le fait d'avoir fournie une enveloppe pré-timbrée pour le retour des questionnaires a dû favoriser ce taux de réponse.

La rapidité d'exécution du questionnaire a également dû contribuer à ce taux de réponses (estimée à 5 minutes).

#### **B. Faiblesses**

Les données recueillies étaient déclaratives, les pratiques exercées peuvent être différentes de celles déclarées.

L'envoi postal a pu engendré un biais de sélection, ceux qui n'ont pas répondu étaient peut-être ceux qui n'étaient pas intéressés par le sujet, ce qui peut sous évaluer les avis négatifs.

Après le recueil des données, nous avons constaté que certaines questions auraient pu être mieux formulées pour favoriser leur compréhension, notamment celle sur le choix du correspondant même si cela n'a pas perturbé l'analyse

statistique. Le but étant de savoir qui était à l'initiative du choix d'orientation vers le chirurgien et non pas de savoir quel était le correspondant consulté.

La question concernant l'évaluation du nombre de patient éligible avait en fait deux sous questions, certains médecins n'ont répondu qu'à une partie de la question ce qui a limité l'effectif des répondants.

### C. Représentativité de la population étudiée

La population de notre étude présente des caractéristiques sociodémographiques semblables à celle de la population des généralistes selon l'atlas de démographie médicale de 2016 et 2017. (40)

- 40% des généralistes du Nord-Pas-De-Calais étaient des femmes, et 60% étaient des hommes, cette proportion est retrouvée dans notre étude.
- Les femmes semblent plus jeunes dans notre étude (43,5 ans) que par rapport à la moyenne nationale (49 ans).
- Pour les hommes, l'âge moyen au niveau national était de 54 ans, résultat similaire à celui de notre étude (53,4 ans).
- La moyenne d'âge des généralistes français était de 51,9 ans au niveau national, contre 49,6 dans notre étude. Cette différence peut être expliquée par l'âge moyen des femmes de notre étude plus bas que celui de la moyenne nationale.
- Dans notre étude 26% des médecins généralistes avaient plus de 60 ans ce qui est semblable avec ce qui est retrouvé au niveau national (25%).
- Au niveau national, 51% des médecins généralistes exerçaient en cabinet de groupe, 49% en cabinet seul. Dans notre étude, l'exercice seul est majoritairement représenté (65%).

## II. Principaux résultats

### A. Le médecin généraliste et le patient éligible à la chirurgie bariatrique

#### 1) *Il existe une probable sous-estimation du nombre de patients éligibles*

Les médecins généralistes interrogés estiment que le nombre de patients éligibles à la chirurgie bariatrique dans leur patientèle est en augmentation (66%) ce qui reflète assez bien l'évolution du taux de recours à la chirurgie bariatrique dans le Nord-Pas-de-Calais.

Néanmoins ils évaluent ce nombre comme faible (67%).

#### En 2012 :

- le nombre de personnes atteintes d'obésité sévère ou morbide était de 219 735 dans le Nord-Pas-de-Calais. (41)

- le taux de recours à la chirurgie bariatrique, pour 1000 patients atteints d'obésité sévère ou morbide, était moins élevé dans notre région que dans le reste de la France (12,73 vs 16,93). (42)

Les données recueillies étaient purement déclaratives et subjectives puisqu'aucun critère numérique n'était spécifié sur le questionnaire afin d'évaluer le nombre de patients éligibles.

Mais il existe une discordance entre le nombre de patients potentiellement éligibles à la chirurgie bariatrique et le taux de recours à celle-ci.

D'autres études relatent une sous-estimation du nombre de patients obèses suivis au cabinet. Il a été avancé comme explication de la part des praticiens une possible forme de méconnaissance du surpoids et de l'obésité par carence de mesure du poids et de calcul de l'IMC. (43)(44)(45)

Une autre explication peut résider dans le fait que les patients consultent peu pour leur problème d'obésité.

Selon Anderson, 64,3% des patients obèses non opérés avouaient ne pas consulter pour leur problème de poids.(46)

*2) Il existe une discordance entre l'évocation et l'initiation de la prise en chirurgicale*

Les médecins généralistes de l'étude estiment à 88% qu'il est de leur rôle d'évoquer la chirurgie bariatrique aux patients éligibles.

Mais paradoxalement ils ne sont pas souvent impliqués dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale (39%).

C'est au contraire le patient qui est initiateur de la démarche (61%).

En 2015, Bouvier et al, retrouvaient des résultats similaires puisque la chirurgie bariatrique était évoquée dans 80% des cas par le patient, le médecin généraliste n'était à l'origine de la démarche que dans 20% des cas. Ils étaient par ailleurs 87% à estimer devoir évoquer la possibilité d'une prise en charge chirurgicale à leurs patients. (47)

D'autres études ont fait le même constat, il y a un défaut d'orientation des patients éligibles vers un centre de prise en charge chirurgicale par le médecin généralistes même s'il reconnaît, le plus souvent, l'efficacité de la chirurgie bariatrique. (45)(48)(49)(50)

Les principales causes évoquées pour expliquer ce défaut d'orientation des praticiens étaient :

- un manque d'intérêt pour la chirurgie bariatrique
- un manque de connaissance sur la chirurgie bariatrique notamment en ce qui concerne ses facteurs d'éligibilité, son efficacité, sa sécurité
- un manque de connaissance sur les structures ou chirurgiens à qui adresser le patient.
- l'activité chronophage de la médecine générale

- l'indication opératoire relevant du spécialiste

Certaines causes avancées étaient liées au patient lui-même avec un manque de motivation, d'adhésion et d'observance. (48)

Cette discordance entre le rôle d'évoquer la chirurgie bariatrique et le défaut d'implication dans l'initiation peut également être dûe à une difficulté du médecin généraliste d'aborder le sujet par crainte de blesser le patient.

Dans l'étude d'Anderson, 52,6% des patients obèses avaient le sentiment que les médecins généralistes n'abordaient pas leur problème de poids avec eux. (46)

Ou au contraire, l'image négative et stéréotypée que pourrait renvoyer le patient obèse peut interférer également avec la relation médecin-malade. (48)(51)

Les médecins qui avaient lus les recommandations HAS de 2009 : Obésité prise en charge chirurgicale chez l'adulte étaient plus impliqués dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale (51%). Ce résultat est retrouvé dans d'autres études. (44)(48)(51)(52)

Ils étaient par ailleurs plus âgés que ceux qui n'étaient pas impliqués dans l'initiation, le rôle de l'expérience personnelle peut expliquer en partie ce résultat.

### *3) Mais le patient demande l'avis de son médecin généraliste et le médecin généraliste choisit le chirurgien*

Le patient sollicitait souvent l'avis de son médecin généraliste concernant sa démarche (50%) quand celui-ci n'était pas à l'origine de l'initiation.

Le médecin généraliste choisissait alors le chirurgien ou autres intervenants à qui il adressait son patient (50%).

Les médecins qui étaient impliqués dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale étaient impliqués dans le choix du correspondant (88%), de manière significative.

Cela peut s'expliquer facilement par le fait que le médecin généraliste qui est impliqué connaît les structures de prise en charge et s'est constitué un réseau de correspondants.

En effet, pour Avidor et al, les praticiens qui n'adressaient pas leur patient à un prise en charge chirurgicale bariatrique ne connaissaient pas les structures locales. (45)

Tous ces éléments sont importants puisqu'une étude a démontré que les patients vivaient de manière positive leur prise en charge quand le médecin généraliste l'orientait vers un spécialiste. Ceci renforce le rôle de pilier du praticien. (54)

L'avis du médecin généraliste et son implication dans le parcours de soins est importante pour le patient.

Kaminski et al, ont rapporté que certains patients avaient changé de médecin traitant parce qu'ils avaient perçu une indifférence, un manque d'intérêt ou une attitude négative envers la chirurgie bariatrique. (55)

B. Comment les médecins généralistes perçoivent-ils leur rôle et implication dans le parcours de soins préopératoire ?

1) *Le médecin généraliste à un rôle secondaire dans le parcours de soins préopératoire.*

Nos résultats montrent que les médecins généralistes ont un rôle d'accompagnateur du patient dans le parcours de soins préopératoire (66%). Seulement 27% estiment être un membre à part entière de l'équipe pluri disciplinaire.

Et 35% ont un rôle dans le suivi post opératoire essentiellement.

Ces résultats concordent assez avec ceux retrouvés par Cannelle. A dans sa thèse, où 55% des médecins avaient un rôle d'accompagnateur du patient en phase pré opératoire, 46,3% avaient un rôle dans le suivi et seulement 12,4% considéraient être un membre de l'équipe pluridisciplinaire. (43)

Le médecin généraliste semble avoir « un rôle secondaire » dans le parcours de soins avec essentiellement un rôle rapporté de soutien, de conseil et d'accompagnement. (44)(47)

## 2) *Implication jugée moyenne dans le parcours de soins préopératoire.*

L'implication des médecins généraliste de notre étude dans le parcours de soins est jugé comme moyenne (35%), seulement 29% la juge satisfaisante.

Le niveau de satisfaction de l'implication dans le parcours de soins n'est pas influencé par l'initiation de la prise en charge chirurgicale par le médecin généraliste.

Cette insatisfaction dans le parcours de soins a souvent été rapportée. (47)(52)(56)(57)

Elle était aussi partagée par les chirurgiens et les patients :

- Gaspard. S a interrogé les chirurgiens, ceux-ci estimaient qu'il y avait un manque de motivation et d'investissement du médecin généraliste. Selon eux la décision chirurgicale était plus facile à prendre quand l'avis du médecin généraliste était connu et qu'il adressait le patient avec un courrier détaillé. (58)

- Rigollé.L a interrogé les patients sur leur ressenti quant à la place qu'occupait leur médecin généraliste dans leur prise en charge chirurgicale.

Les avis étaient partagés :

- Parfois aucun rôle n'était défini pour le médecin généraliste, le patient ne considérait pas son médecin comme un soutien possible.

- pour certains le médecin généraliste n'était que spectateur de leur problème de poids avec parfois une impuissance d'action.
- Ou au contraire il s'impliquait dans une démarche de chirurgie en étant l'initiateur de la prise en charge. Il avait alors également le rôle d'allier et de soutien avant et après l'intervention. (59)

### 3) *Mais un désir de communiquer.*

Le médecin généraliste est le mieux placé pour évaluer la compliance, la motivation et les facteurs psychologiques prédictifs de la réussite de la chirurgie bariatrique.

Il souhaite d'ailleurs communiquer des informations à l'équipe pluridisciplinaire prenant en charge son patient, le contexte psychologique apparaît comme un élément fondamental (85%), suivi de la motivation (72%), des comorbidités (68%) et du niveau d'observance (63%).

Les médecins généralistes accordent une grande importance à l'aspect psychologique concernant la préparation à la chirurgie bariatrique. (49)(55)(60)

Cet élément est primordial puisque l'étude de Kalarchian montrait que sur 66% des troubles psychologiques seuls 22% étaient détectés en préopératoire.

Ce qui peut expliquer en partie que le taux de suicide après chirurgie bariatrique soit augmenté par rapport à la population générale. (61)(62) Adams et al évoquaient une surmortalité par suicide et accidents de 58% chez les patients opérés. (61)

L'évaluation de la motivation et du niveau d'observance apparaissent également comme des éléments importants, l'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical à vie est une contre-indication à la chirurgie selon les recommandations HAS. (37)

C. Une pratique guidée par leur expérience personnelle.

1) *Des recommandations HAS non lues.*

Les médecins généralistes interrogés n'ont pas pris connaissance des recommandations HAS (71%) pourtant une lettre d'information a été rédigée à leur intention.

L'âge des médecins généralistes n'a pas d'influence sur la lecture des recommandations.

Notre étude retrouve un lien entre la lecture des recommandations et l'implication du praticien dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale. Ce lien avait été rapporté dans d'autres études. (45)(52)(53)

Notamment Deghani.L où 30% seulement des médecins interrogés en avaient pris connaissance. Ceux qui adressaient leur patient à une équipe spécialisée avaient lu les recommandations dans 58%, ce résultat était statistiquement significatif. (52)

Ce lien démontre-t-il qu'il est nécessaire d'avoir lu les recommandations HAS pour initier une prise en charge chirurgicale ou est-il simplement le reflet de l'intérêt pour la chirurgie bariatrique des médecins qui les ont lues ?

Les raisons pour lesquelles les médecins généralistes n'ont pas lu les recommandations HAS n'ont pas été recueillies dans notre étude.

Est-ce un problème de diffusion des recommandations ou une absence d'intérêt pour le sujet ?

Un travail de recherche a évalué les freins à l'application des recommandations HAS en médecine générale. Le grand nombre de publication avait un effet négatif sur les médecins, il était difficile pour eux d'en faire le tri et de consulter les plus pertinentes. Ils ont rapporté un manque de temps, un manque d'adaptabilité des recommandations à la médecine générale. Leur expérience personnelle leur permettait de se détacher de recommandations. (62)

Le contenu des recommandations HAS pose aussi question, seuls 23% des médecins généralistes ayant lu les recommandations HAS sur le prise en charge chirurgicale de l'adulte, dans la thèse de Bertrand.M, estimaient qu'elles changeraient leur pratique ultérieure. (56)

## *2) Une source d'information principale : leur expérience personnelle*

Dans notre étude, elle est citée par 65% des médecins interrogés.

Des travaux de recherche ont soulevé qu'il existait une évolution des compétences après avoir suivi des patients opérés et que l'expérience d'avoir un patient opéré faisait évoluer favorablement l'avis sur la chirurgie bariatrique. (46)(52)

Notre étude a par ailleurs démontré que les médecins généralistes qui étaient impliqués dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale étaient statistiquement plus âgés que les autres, cela conforte le rôle de l'expérience personnelle.

L'enseignement du second cycle des études médicales ne représentent que 11% des sources d'information des médecins généralistes, ce qui n'est pas étonnant puisqu'il s'agit d'un enseignement récent dont seul les jeunes médecins ont bénéficié. La moyenne d'âge des médecins de notre étude est de 49,6 ans.

D. Pistes d'amélioration de l'implication du médecin généraliste et du parcours de soins préopératoire.

L'implication du médecin généraliste doit être renforcé dans le parcours de soins du patient éligible à une chirurgie de l'obésité.

*1) Intérêt d'un dossier patient commun*

Des thèses ont évoquées la mise en place d'un carnet de liaison pour le suivi post opératoire ou d'un livret de suivi pour les patients opérés adapté surtout aux attentes des patients.(56)(59)

L' ICAN (institute of cardiométabolism and nutrition) a par ailleurs élaboré trois documents en janvier 2017 afin de faciliter le parcours de soins des patients et de l'ensemble des professionnels de santé impliqués. Il s'agit de deux livrets destinés aux patients, l'un pour le pré opératoire, l'autre pour le suivi. Le troisième livret est un guide pour le médecin généraliste reprenant son rôle dans le parcours de soins.

Devant la multitude des supports proposés, essentiellement concernant le suivi post opératoire, il pourrait être judicieux de les regrouper en un seul support complet reprenant les différentes étapes du parcours de soins du patient.

Les médecins généralistes de notre étude sont 61% à solliciter la mise en place d'un dossier patient commun à tous les intervenants pour pouvoir avoir accès aux différents compte rendus de consultation.

Il pourrait prendre la forme d'un dossier papier et serait sous la responsabilité du patient comme le dossier de suivi de grossesse. Le patient serait alors acteur de sa prise en charge, ce qui pourrait favoriser son observance.

Ou il pourrait être Informatisé comme le dossier médical partagé (DMP) de l'assurance maladie. Celui-ci est en cours d'expérimentation dans 9 caisses d'assurance maladie pilotes.

Les documents contenus dans le DMP s'organisent en 7 catégories : synthèses, traitements en cours, comptes rendus, imagerie médicale, biologie, prévention, certificats et déclarations. A ces rubriques s'ajoute un espace alimenté par le patient intitulé les documents mis en ligne par le patient.

Le patient en contrôle l'accès en autorisant ou non les professionnels de santé à le consulter et à l'alimenter. (63)

Le partage des informations serait ainsi amélioré aussi bien pour le médecin généraliste que pour l'équipe pluridisciplinaire.

## *2) Une fiche de liaison inter disciplinaire*

57% des praticiens étaient d'accord avec la mise en place d'une fiche de renseignements à remplir par le médecin généraliste et à remettre à l'équipe pluridisciplinaire.

Cette fiche reprendrait les différentes informations que les médecins généralistes souhaitent communiquer à l'équipe concernant son patient : ses comorbidités, son niveau d'observance, sa motivation, le contexte psychologique, le contexte familial-social et professionnel.

Il faut en définir les modalités de transmission à l'équipe pluridisciplinaire. En effet elle contient des informations qui selon les réponses pourraient remettre en cause le projet chirurgical. Si elle était remise au patient, elle pourrait ne pas être transmise à l'équipe chirurgicale.

Cette fiche de renseignement avait été sollicitée par 85% des médecins généralistes interrogés dans l'étude de Bouvier et al.

L'item qui était d'une importance majeure d'après les praticiens interrogés était l'avis du médecin généraliste concernant la prise en charge chirurgicale.

Cela témoigne de l'importance accordée par les praticiens à l'évaluation globale de leurs patients avant que ne soit prise la décision d'intervention chirurgicale.

### 3) *Un souhait de formation équivoque*

#### a. Désir de formation

Les médecins généralistes étaient 57% à vouloir bénéficier d'une formation spécifique sans que le contenu et le support ne soient précisés.

Dans la thèse de Cannelle. A, les médecins généralistes ont rapporté également un besoin de formation pour 66,8% d'entre eux. Mais 6 mois après l'envoi de son questionnaire, une journée de formation sur la chirurgie bariatrique a été proposée à 380 médecins généralistes, seuls 23 ont participé à celle-ci. (43)

Dans certaines études, les médecins généralistes ont rapporté ne pas vouloir bénéficier de formation particulière car ils n'étaient pas intéressés par le sujet ou estimaient n'avoir que peu de patients concernés. (43)(61)

Les médecins généralistes semblent prôner l'autoformation et se baser sur leur expérience personnelle.

#### b. Mais pas en équipe

La réunion de formation avec l'équipe pluridisciplinaire concernant les techniques chirurgicales utilisées et leurs complications afin de participer activement au suivi post opératoire n'était sollicitée que dans 30%.

Deghani.L rapportait que 8% seulement des médecins généralistes assistaient aux conférences organisées par l'équipe médico chirurgicale.

Pour Bouvier et al, seul 24% des médecins généralistes désiraient une réunion d'information au sein du service. (47)

Il faut donc définir les supports que souhaiteraient les médecins généralistes qui désirent une formation spécifique.

Les médecins généralistes interrogés par Bouvier et al, souhaitaient que l'information soit diffusée via une brochure jointe aux différents courriers ou distribuée lors d'un enseignement post-universitaire. (47)

#### 4) Une RCP facultative

Les médecins généralistes ne souhaitent pas participer à la RCP (79%).

Ce résultat n'est pas étonnant, le mode d'exercice de la médecine générale ne permet pas aux médecins généralistes de participer physiquement aux RCP.

Un médecin généraliste proposait que le praticien y participe en fonction du patient sans préciser sur quels critères. Cela pourrait concerner les patients pour qui la décision chirurgicale est plus difficile à prendre, ou ceux pour lesquels le médecin généraliste éprouve une certaine réticence à la prise en charge chirurgicale du fait de comorbidités ou facteurs psychologiques.

#### 5) Les autres pistes

- a. Une restriction d'accès au chirurgien sans avis préalable du médecin généraliste

28% seulement des médecins généralistes souhaitaient une restriction d'accès au chirurgien sans avis préalable du médecin généraliste.

Pourtant, comme cité plus haut, dans la thèse de Gaspard. S, pour les chirurgiens interrogés la décision chirurgicale était plus facile à prendre quand l'avis du médecin généraliste était connu et qu'il adressait le patient avec un courrier détaillé. (58)

La HAS précise qu'il est « souhaitable » de demander l'avis au médecin généraliste concernant la décision d'intervention. (37)

L'absence de prise en charge médicale identifiée préalable à l'opération est une des contre-indication à la chirurgie bariatrique.

Cette restriction d'accès sans avis préalable du médecin généraliste pourrait être un moyen de s'assurer que tout patient bénéficie de cette prise en charge médicale qui sera primordial pour le suivi post opératoire.

#### b. Des coordonnées de centre de référence

Ils sont 44% à souhaiter pouvoir avoir accès aux coordonnées de centre de référence répertorié.

Dans notre étude les médecins généralistes étaient impliqués majoritairement dans le choix du chirurgien.

Ces coordonnées existent, elles sont présentes sur le site de la Société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques à l'adresse suivante : [www.soffco.fr](http://www.soffco.fr) (31)

Cette information est présente dans la lettre d'information aux médecins généralistes envoyée par la HAS concernant la prise en charge chirurgicale de l'obésité de l'adulte, elle est retrouvée dans les liens utiles sans préciser que les coordonnées des centres de référence s'y trouvent.

Il se pose de nouveau la question de la diffusion de l'information, comme rapporté par un médecin généraliste de notre étude qui pour améliorer la prise en charge du patient éligible à la chirurgie bariatrique proposait une meilleure diffusion des recommandations HAS.

### **III. Une prise de conscience de la HAS de la nécessité d'améliorer la prise en charge préopératoire des patients**

La HAS a pris conscience de la nécessité d'améliorer la prise en charge préopératoire des patients en validant un plan de recueil d'indicateurs qui permettent le suivi des éléments composant la prise en charge préopératoire minimale nécessaire à la prise de décision d'opérer. (64)

Ces indicateurs concernent :

- Le Bilan des principales comorbidités
- La réalisation de l'endoscopie œsogastroduodénale
- L'évaluation psychologique/psychiatrique
- La décision issue d'une concertation pluridisciplinaire
- La communication de la décision de la RCP au médecin traitant
- L'information préopératoire du patient
- Le bilan nutritionnel et vitaminique du patient

En 2015 les principaux résultats montraient que :

- les conclusions de la RCP ont été transmises au médecin généraliste dans 62% des cas
- seuls 65% des patients avaient bénéficié d'un bilan des comorbidités **et** d'un examen endoscopique adapté **et** d'une évaluation psychiatrique dans la phase préopératoire à la chirurgie bariatrique. (65)

Ces points pourraient être améliorés avec l'aide du médecin généraliste.

Les informations concernant le bilan des comorbidités (HTA, SAHOS, diabète) peuvent être facilement rapportés par le praticien s'il était sollicité pour le faire.

De même qu'il pourrait fournir des informations concernant le contexte psychologique de son patient. Comme il a été démontré, ce sont ces informations que le médecin généraliste peut et veut transmettre. Il faut maintenant utiliser les supports nécessaires.

En 2017, le recueil des indicateurs est devenu obligatoire pour l'ensemble de ces établissements de santé.

#### **IV. Un objectif : améliorer le suivi post opératoire**

L'Académie nationale de chirurgie, en janvier 2015, a souligné que deux ans seulement après une chirurgie bariatrique, un patient sur deux n'était plus suivi, ce qui induisait un risque majeur de reprise de poids et d'échec thérapeutique à moyen ou long terme. (66)

Pour remédier à cette situation, le Collectif National des Associations d'Obèses associé à un groupe de travail composé de représentants de professionnels de santé a rédigé, en 2016, un Livre Blanc de recommandations avec le soutien de l'Académie Nationale de Chirurgie et de la Société Française et Francophone de la Chirurgie de l'Obésité pour améliorer l'accompagnement des patients obèses après chirurgie bariatrique. (67)

En effet ce défaut de suivi peut être expliqué par :

- un manque de compliance et d'observance des patients qui sortent du parcours de soins
- un manque de temps et d'effectif des équipes pluri disciplinaire ayant opéré le patient

Le médecin généraliste a une place centrale dans la santé de son patient de par sa vision globale, sa proximité avec le patient et sa plus grande accessibilité.

Au vu du nombre croissant de patients opérés de chirurgie bariatrique, le médecin généraliste a un rôle à jouer dans le suivi post-opératoire en soutien de l'équipe pluridisciplinaire.

Dans notre étude les médecins généralistes étaient 63% à suivre plus de 5 patients opérés de chirurgie bariatrique.

C'est plus que dans d'autres études où les praticiens suivaient moins de 5 patients opérés.(43)(52)

Mais les départements dans lesquels ont été réalisés ces études enregistrés un taux de recours à la chirurgie bariatrique plus faible que dans le Nord- Pas-de-Calais.

Nous avons posé la question suivante aux praticiens de l'étude : « Est-ce que vous pensez que si vous étiez plus impliqué en préopératoire vous le serez également en post opératoire améliorant ainsi la qualité de suivi des patients opérés ? »

66% des médecins ont répondu « oui ».

Ceux qui étaient impliqués dans l'initiation de la prise en charge ont répondu « oui » dans 74% des cas.

En effet, ceux qui adressent leur patient se sentent plus concernés et plus compétents dans la gestion du suivi post-opératoire. (45)(53)

Les médecins généralistes qui étaient impliqués dans l'initiation de la prise en charge étaient ceux qui suivaient le plus de patients opérés.

L'implication en préopératoire favorise donc l'implication en post-opératoire.

Les médecins qui n'étaient pas impliqués dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale étaient aussi 62% à répondre « oui » à la question.

Favoriser l'implication des médecins généralistes en préopératoire apparaît donc comme un véritable enjeu pour, peut-être, pouvoir améliorer la qualité du suivi post-opératoire et limiter ainsi le nombre de perdus de vue.

## **Conclusion**

La chirurgie bariatrique est un traitement efficace et durable contre l'obésité morbide. En France, la région Nord-Pas-de-Calais est la région la plus touchée par ce problème. Le taux de recours à la chirurgie bariatrique ne cesse d'augmenter et les médecins généralistes y seront de plus en plus confrontés.

Néanmoins leur place dans le parcours de soins préopératoire n'est pas clairement définie. Les médecins généralistes estiment n'avoir qu'un rôle d'accompagnateur. Ils sont rarement impliqués dans l'initiation de la prise en charge chirurgicale et jugent leur implication comme moyenne.

Ce sont pourtant des acteurs centraux de par leur connaissance globale et privilégiée du patient. Celui-ci n'hésitant pas à solliciter son avis concernant la chirurgie bariatrique.

Une amélioration de la qualité du suivi postopératoire passe par une amélioration de l'implication du médecin généraliste en préopératoire.

Les pistes d'améliorations proposées concernaient la création d'un dossier patient commun et d'une fiche de liaison. Par ailleurs, une meilleure diffusion de l'information concernant les chirurgiens ou les centres labélisés susceptibles de prendre en charge les patients éligibles à la chirurgie bariatrique semble nécessaire.

Les médecins généralistes sont désireux de formation mais les supports de celle-ci dans le cadre de la chirurgie bariatrique restent à définir.

Leur expérience personnelle apparaît être leur principal support décisionnel.

## Bibliographie

1. OMS, Série de Rapports techniques OBÉSITÉ : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale [Internet]. Disponible sur: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42734/1/WHO\\_TRS\\_894\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42734/1/WHO_TRS_894_fre.pdf)
2. OMS | 10 faits sur l'obésité [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/fr/>
3. OMS | Obésité et diabète: une bombe à retardement [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/dg/speeches/2016/obesity-diabetes-disaster/fr/>
4. Surpoids et Obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours [Internet]. Disponible sur: [https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201109/2011\\_09\\_27\\_surpoids\\_obesite\\_adulte\\_v5\\_pao.pdf](https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201109/2011_09_27_surpoids_obesite_adulte_v5_pao.pdf)
5. OMS | Obésité et surpoids [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
6. 2012- Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité [Internet]. Disponible sur: [http://www.roche.fr/content/dam/roche\\_france/fr\\_FR/doc/obepi\\_2012.pdf](http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf)
7. Guh DP1, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19320986>
8. Martin-Rodriguez E, Guillen-Grima F, Martí A, Brugos-Larumbe A. Comorbidity associated with obesity in a large population: The APNA study. *Obes Res Clin Pract.* oct 2015;9(5):435-47.
9. Calle EE1, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12711737>
10. Renehan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet Lond Engl.* 16 févr 2008;371(9612):569-78.
11. Bhaskaran K, Douglas I, Forbes H, dos-Santos-Silva I, Leon DA, Smeeth L. Body-mass index and risk of 22 specific cancers: a population-based cohort study of 5.24 million UK adults. *Lancet Lond Engl.* 30 août 2014;384(9945):755-65.
12. Luppino FS1, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, Zitman FG. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. - PubMed - NCBI [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20194822>
13. Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours [Internet]. Disponible sur: [https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011\\_09\\_27\\_surpoids\\_obesite\\_adulte\\_v5\\_pao.pdf](https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_27_surpoids_obesite_adulte_v5_pao.pdf)
14. Barroso M, Goday A, Ramos R, Marín-Ibañez A, Guembe MJ, Rigo F, et al. Interaction between cardiovascular risk factors and body mass index and 10-year incidence of cardiovascular disease, cancer death, and overall mortality. *Prev Med.* 16 nov 2017;
15. Stevens J1, Cai J, Pamuk ER, Williamson DF, Thun MJ, Wood JL. The effect of age on the association between body-mass index and mortality. - [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9414324>

16. Calle EE. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. - PubMed - NCBI [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10511607>
17. Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, Mackenbach JP, Al Mamun A, Bonneux L; Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. - PubMed - NCBI [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12513041>
18. N° 1131 - Rapport d'information de Mme Valérie Boyer déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la prévention de l'obésité [Internet]. Disponible sur: [http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1131.asp#P469\\_51112](http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1131.asp#P469_51112)
19. Chirurgie de l'obésité : analyse des pratiques et de leur pertinence [Internet]. Disponible sur: <http://www.automesure.com/library/pdf/DP-cnam-chir-obesite-2013.pdf>
20. C Schaaf, A Iannelli, J Gugenheim. . Bariatric Surgery in France: Actual State [Internet]. Disponible sur: [http://www.academie-chirurgie.fr/ememoires/005\\_2015\\_14\\_2\\_104x107.pdf](http://www.academie-chirurgie.fr/ememoires/005_2015_14_2_104x107.pdf)
21. Martincic C. La chirurgie bariatrique en France de 2008 à 2014 : techniques, complications, et préférences des chirurgiens. Analyse de la base Nationale du PMSI. [Internet]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/57d97175-bbfd-47d8-822a-218532a14ef1>
22. Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial - a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Intern Med.* mars 2013;273(3):219-34.
23. 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.* 23 déc 2004;351(26):2683-93.
24. Sjöström L1, Narbro K, Sjöström CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, Lystig T, Sullivan M, Bouchard C, Carlsson B, Bengtsson C, Dahlgren S, Gummesson A, Jacobson P, Karlsson J, Lindroos AK, Lönroth H, Näslund I, Olbers T, Stenlöf K, Torgerson J, Agren G, Carlsson LM; Swedish Obese Subjects Study. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. - PubMed - NCBI [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17715408>
25. Sjöström L1. Sjöström L. Bariatric surgery and reduction in morbidity and mortality: experiences from the SOS study. - [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19136998>
26. Sjöström L, Peltonen M, Jacobson P, Sjöström CD, Karason K, Wedel H, et al. Bariatric surgery and long-term cardiovascular events. *JAMA.* 4 janv 2012;307(1):56-65.
27. Buchwald H1, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrback K, Schoelles K. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. - PubMed - NCBI [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15479938>
28. Papalazarou A et al. Lifestyle intervention favorably affects weight loss and maintenance following obesity surgery. - PubMed - NCBI [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19834466>
29. Sjöström L1, Gummesson A, Sjöström CD, Narbro K, Peltonen M, Wedel H, Bengtsson C, Bouchard C, Carlsson B, Dahlgren S, Jacobson P, Karason K, Karlsson J, Larsson B, Lindroos AK, Lönroth H, Näslund I, Olbers T, Stenlöf K, Torgerson J, Carlsson LM; Effects of bariatric surgery on cancer incidence in obese patients in Sweden (Swedish Obese Subjects Study): a prospective, controlled intervention... - PubMed - NCBI [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19556163>

30. Obésité prise en charge chirurgicale chez l'adulte - Synthèse des recommandations - [obesite\\_-\\_prise\\_en\\_charge\\_chirurgicale\\_chez\\_ladulte\\_-\\_synthese\\_des\\_recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/obesite_-_prise_en_charge_chirurgicale_chez_ladulte_-_synthese_des_recommandations.pdf) [Internet]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/obesite\\_-\\_prise\\_en\\_charge\\_chirurgicale\\_chez\\_ladulte\\_-\\_synthese\\_des\\_recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/obesite_-_prise_en_charge_chirurgicale_chez_ladulte_-_synthese_des_recommandations.pdf)
31. Chirurgie de l'obésité chez l'adulte: information pour le médecin traitant [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/07r08\\_info\\_mg\\_chirurgie\\_obesite\\_document\\_medecin\\_traitant.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/07r08_info_mg_chirurgie_obesite_document_medecin_traitant.pdf)
32. Fiche Technique Anneau gastrique ajustable [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/07r08\\_fiche\\_tech\\_chirurgie\\_obesite\\_anneau\\_gastrique.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/07r08_fiche_tech_chirurgie_obesite_anneau_gastrique.pdf)
33. Fiche Technique gastrectomie longitudinale [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/07r08\\_fiche\\_tech\\_chirurgie\\_obesite\\_gastrectomie.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/07r08_fiche_tech_chirurgie_obesite_gastrectomie.pdf)
34. Fiche Technique Bypass [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/07r08\\_fiche\\_tech\\_chirurgie\\_obesite\\_bypass.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/07r08_fiche_tech_chirurgie_obesite_bypass.pdf)
35. ROBERT M. Chirurgie de l'obésité : risques et gestion des complications [Internet]. Disponible sur: [http://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf-2016/079\\_090\\_Robert.pdf](http://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf-2016/079_090_Robert.pdf)
36. Fiche Technique Dérivation biliopancréatique [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/07r08\\_fiche\\_tech\\_chirurgie\\_obesite\\_derivation\\_biliopancreatique.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/07r08_fiche_tech_chirurgie_obesite_derivation_biliopancreatique.pdf)
37. Obésité: prise en charge chirurgicale chez l'adulte - Recommandations [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_obesite\\_-\\_prise\\_en\\_charge\\_chirurgicale\\_chez\\_ladulte.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_-_prise_en_charge_chirurgicale_chez_ladulte.pdf)
38. Code de la santé publique - Article L4130-1 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020885673&dateTexte=&categorieLien=cid>
39. Programme régional de lutte contre l'obésité 2014-2018 [Internet]. Disponible sur: [https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Programme\\_Regional\\_Obesite\\_finale\\_8\\_juillet\\_2014.pdf](https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Programme_Regional_Obesite_finale_8_juillet_2014.pdf)
40. Atlas de la démographie médicale 2017 [Internet]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2017\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf)
41. La démographie médicale en région Nord-Pas-de-Calais, situation en 2013 [Internet]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/nord\\_pas\\_de\\_calais\\_2013.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/nord_pas_de_calais_2013.pdf)
42. Lê J. Analyse de la chirurgie bariatrique dans le Nord Pas de Calais à partir des données de l'Assurance maladie [Internet]. Disponible sur: <http://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/22cba322-0878-4467-a29e-342f700bcdb0>
43. CANNELLE A. Place du médecin généraliste dans la prise en charge médicale et chirurgicale de l'obésité (état des lieux en 2009 en Maine -et-Loire, Mayenne et Sarthe). 2010.
44. DA SILVA P. Opinions et expériences des médecins généralistes concernant la chirurgie bariatrique : étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Internet]. Disponible sur: [http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2011\\_Medecine\\_DaSilvaEmilia.pdf](http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2011_Medecine_DaSilvaEmilia.pdf)

45. Avidor Y, Still CD, Brunner M, Buchwald JN, Buchwald H. Primary care and subspecialty management of morbid obesity: referral patterns for bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg.* juin 2007;3(3):392-407.
46. Anderson DA, Wadden TA. Bariatric Surgery Patients' Views of Their Physicians' Weight-Related Attitudes and Practices. *Obes Res.* 1 oct 2004;12(10):1587-95.
47. A. Bouvier, O. Facy, B. Vergès, P. Ortega-Deballon, M. -C. Brindisi. Le « poids » du médecin traitant dans l'initiation d'une chirurgie bariatrique. *Obésité* (2016) 11:151-158
48. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB, et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res.* oct 2003;11(10):1168-77.
49. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, et al. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in france. *Obes Res.* avr 2005;13(4):787-95.
50. Thuan J-F, Avignon A. Comment les médecins généralistes prennent-ils en charge leurs patients adultes obèses ? Une enquête transversale en Languedoc-Roussillon. *Médecine.* 1 juin 2006;2(6):276-81.
51. Ferrante JM, Piasecki AK, Ohman-Strickland PA, Crabtree BF. Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. *Obes Silver Spring Md.* sept 2009;17(9):1710-6.
52. Dehghani Kelishadi L. Place actuelle et perspectives du médecin traitant après chirurgie bariatrique : quel parcours de soin idéal ? [Internet]. Disponible sur: <https://hal-descartes.archives-ouvertes.fr/dumas-01131727/document>
53. Balduf LM, Farrell TM. Attitudes, beliefs, and referral patterns of PCPs to bariatric surgeons. *J Surg Res.* janv 2008;144(1):49-58.
54. Rosemann T1, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16423299>
55. Kaminsky J, Gadaleta D. A study of discrimination within the medical community as viewed by obese patients. *Obes Surg.* févr 2002;12(1):14-8.
56. BERTRAND M. Le Médecin traitant et la chirurgie de l'obésité (Enquête auprès d'un panel de médecins généralistes de l'Hérault). 2013.
57. Calvelli.M, Implication et rôle du médecin traitant dans le traitement chirurgical de l'obésité. Thèse médecine, 2012, Nice
58. Gaspard S. Le rôle du médecin généraliste dans le suivi de chirurgie bariatrique [Internet]. Disponible sur: [http://www.lejournalmedecin.com/files/content/tfe\\_final-gaspard\\_stephanie.pdf](http://www.lejournalmedecin.com/files/content/tfe_final-gaspard_stephanie.pdf)
59. Rigollé L. Bien vivre sa chirurgie bariatrique [Internet]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/9d2c77ed-9c13-47da-879a-21d9b6fce552>
60. Thuan J-F, Avignon A. Comment les médecins généralistes prennent-ils en charge leurs patients adultes obèses ? Une enquête transversale en Languedoc-Roussillon. *Médecine.* 1 juin 2006;2(6):276-81.
61. 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.* 23 août 2007;357(8):753-61.
62. Jarlot.L Les recommandations en médecine générale: Freins et facteurs favorisants Thèse médecine 2016, Lyon.

63. Dossier Médical Partagé - DMP [Internet]. Disponible sur: <http://www.dmp.gouv.fr/>
64. Haute Autorité de Santé - IPAQSS 2017 - OBE : campagne de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) du thème « Prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte » [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1604571/fr/ipaqss-2017-obe-campagne-de-recueil-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-iqss-du-theme-prise-en-charge-preoperatoire-pour-une-chirurgie-de-l-obesite-chez-l-adulte](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1604571/fr/ipaqss-2017-obe-campagne-de-recueil-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-iqss-du-theme-prise-en-charge-preoperatoire-pour-une-chirurgie-de-l-obesite-chez-l-adulte)
65. Haute Autorité de Santé - Chirurgie de l'obésité : des progrès à faire pour garantir la réussite de chaque opération [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2674857/fr/chirurgie-de-l-obesite-des-progres-a-faire-pour-garantir-la-reussite-de-chaque-operation](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2674857/fr/chirurgie-de-l-obesite-des-progres-a-faire-pour-garantir-la-reussite-de-chaque-operation)
66. Suivi du patient après chirurgie bariatrique [Internet]. Disponible sur: [http://www.academie-chirurgie.fr/actus/synthese\\_bariatrique2015.pdf](http://www.academie-chirurgie.fr/actus/synthese_bariatrique2015.pdf)
67. Livre blanc chirurgie bariatrique [Internet]. Disponible sur: <http://www.sraenutrition.fr/files/00/01/40/00014073-84688d73b6ef628651975a50aef7d39c/livre-blanc-suivi-chirurgie-bariatrique.pdf>

## Annexes

### Annexe 1 : questionnaire définitif

Chers Confrères,

Dans le cadre de la validation de mon DES de médecine générale, je réalise une thèse sur l'implication des médecins généralistes du Nord Pas de Calais dans la prise en charge du patient obèse candidat à une chirurgie bariatrique.

Je vous sollicite aujourd'hui afin de recueillir votre avis concernant ce problème majeur de santé publique.

La région Nord Pas de Calais est en effet la plus touchée par l'obésité avec une prévalence de 21,3% contre 15% au niveau national et comporte un des taux de chirurgie bariatrique les plus importants de France.

La méthode utilisée est un questionnaire anonyme, de 17 questions rapides.

La collaboration de chacun d'entre vous est primordiale pour permettre ce travail de thèse.

Je vous remercie donc par avance, de bien vouloir prendre quelques minutes de votre temps pour répondre au questionnaire. Vous disposez d'une enveloppe pré-affranchie pour me faire parvenir votre réponse.

ROUSSEL Stéphanie

1. Avez-vous pris connaissance des recommandations de la HAS « Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte : information pour le médecin traitant »?

Oui  Non

2. Dans votre patientèle le nombre de patients éligibles à la chirurgie bariatrique vous semble :

faible  important  très important

stable  en augmentation

3. Pensez-vous qu'il est de votre rôle d'évoquer la chirurgie bariatrique à ces patients éligibles ?

Oui  Non

Si non, pourquoi ?

par manque de connaissance  par manque de temps

la demande initiale doit venir du patient  non favorable à la chirurgie bariatrique.

4. Combien de patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique suivez-vous ?

0  1 < patient(s) ≤ 5  5 < patients ≤ 10  > 10 patients

5. Qui est à l'origine de la demande initiale de prise en charge chirurgicale?

vous même  le patient  l'endocrinologue

le chirurgien  autres (précisez) : .....

6. Si le patient est à l'origine de la demande, vous a-t-il demandé votre avis avant de consulter un spécialiste ?

jamais  rarement  souvent  toujours

7. A qui adressez-vous votre patient pour initier une prise en charge chirurgicale?

un chirurgien choisi par le patient  un chirurgien de votre choix

autres (précisez) .....

8. Si votre patient est pris en charge par une équipe pluri disciplinaire, comment envisagez-vous votre rôle dans la poursuite de la prise en charge?

mon rôle s'arrête là, je me sens peu concerné par la suite

mon rôle s'arrête là, je perds de vue le patient

je suis un membre à part entière de l'équipe pluridisciplinaire

le rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins n'est pas défini

le médecin généraliste a un rôle de coordinateur lors du bilan pré opératoire

le médecin généraliste a un rôle d'accompagnateur du patient

le médecin généraliste a un rôle dans le suivi post opératoire

9. Votre implication dans le bilan pré opératoire de votre patient vous semble-t-elle ?  
 très satisfaisante  satisfaisante  moyenne  insuffisante  très insuffisante
10. De votre point de vue, quelles sont les pistes intéressantes qui pourraient le favoriser ?  
 restriction d'accès au chirurgien sans avis préalable du médecin généraliste  
 participation à la RCP  
 accès aux différents comptes rendus de consultations pré opératoire au sein d'un dossier patient commun aux différents intervenants  
 réunion de formation avec l'équipe pluri disciplinaire concernant les techniques chirurgicales utilisées et leurs complications afin de participer activement au suivi post opératoire
11. Quelles informations pensez-vous nécessaires de faire parvenir à l'équipe pluridisciplinaire concernant votre patient avant la RCP?  
 niveau d'observance du patient  
 motivation  
 contexte psychologique  
 comorbidités  
 autres (précisez) .....
12. Vos informations concernant la chirurgie bariatrique vous viennent :  
 de revue médicale  
 de FMC  
 de groupes d'échange de pratique  
 de votre expérience personnelle  
 de votre enseignement du second cycle des études médicales  
 autres (précisez) .....
13. Quels sont selon vous les points à améliorer concernant la prise en charge pré opératoire du patient éligible à la chirurgie bariatrique?  
 une formation spécifique à l'intention des médecins généralistes  
 une fiche de renseignement à remplir par le médecin généraliste et à remettre à l'équipe pluridisciplinaire prenant en charge le patient  
 des coordonnées de centre de référence répertorié accessible facilement aux médecins généralistes  
 autres (précisez) .....
14. Pensez-vous que si vous êtes impliqué dans la prise en charge pré opératoire vous le serez également en postopératoire, améliorant ainsi la qualité de suivi du patient?  
 oui  non  peut être
15. Quel est votre type d'exercice ? (Plusieurs réponses possibles)  
 En cabinet, seul  En cabinet, de groupe  
 rural  urbain  semi rural
16. Quel est votre sexe ?  
 Homme  Femme
17. Quel est votre âge ? .....

Annexe 2 : Tableau de contingence de l'association entre l'évocation ou non de la CB par le MG et son implication ou non dans l'initiation de la CB.

	<b>Evocation CB par le MG</b>	<b>Non évocation CB par le MG</b>	
<b>MG initiateur de la CB</b>	79 (=43%)	1 (=4%)	80
<b>MG non initiateur de la CB</b>	103 (=57%)	25 (=96%)	128
	182	26	208

Annexe 3 : Etude de l'influence de l'âge sur l'initiation ou non de la prise en charge chirurgicale

	<b>MG initiateur</b>	<b>MG non initiateur</b>
<b>Effectif</b>	79	127
<b>Moyenne</b>	52,67	47,50
<b>Ecart-type</b>	10,35	12,56
<b>Minimum</b>	29	28
<b>Médiane</b>	56	49
<b>Maximum</b>	70	68

Annexe 4 : Tableau de contingence de l'association ou non entre la lecture des recommandations HAS et l'évocation de la CB par les MG.

	<b>Lecture des recommandations HAS</b>	<b>Recommandations HAS non lues</b>	
<b>Evocation de la CB</b>	55 (30%)	131 (70%)	186
<b>Non évocation de la CB</b>	6 (24%)	19 (76%)	25
	61	150	211

Annexe 5 : Etude de l'influence de l'âge sur la lecture des recommandations HAS.

	Lecture des recommandations HAS	Recommandations HAS non lues
<b>Effectif</b>	69	150
<b>Moyenne</b>	51,2	48,8
<b>Ecart-type</b>	11,6	12,4
<b>Minimum</b>	31	28
<b>Médiane</b>	54	50,5
<b>Maximum</b>	68	72

Annexe 6 : Tableau de contingence de l'association entre la lecture ou non des recommandations HAS et le niveau de satisfaction de l'implication dans le parcours de soins.

	Le MG a lu les recommandations HAS	Le MG n'a pas lu les recommandations HAS	
<b>Très satisfaisante</b>	0	1 (1%)	1
<b>Satisfaisante</b>	22 (37%)	38 (26%)	60
<b>Moyenne</b>	18 (30%)	53 (36%)	72
<b>Insuffisante</b>	16 (26%)	32 (22%)	48
<b>Très insuffisante</b>	4 (7%)	22 (15%)	27
	60	146	206

Annexe7 : Tableau de contingence de l'implication ou non du MG dans l'initiation de la CB et du niveau de satisfaction

	MG impliqué dans l'initiation de la CB	MG non impliqué dans l'initiation de la CB	
<b>Très satisfaisante</b>	0	1	1
<b>Satisfaisante</b>	31 (=52%)	28 (=48%)	59
<b>Moyenne</b>	22 (=31%)	48 (=69%)	70
<b>Insuffisante</b>	17 (=36%)	30 (=64%)	47
<b>Très insuffisante</b>	8 (=31%)	18 (=70%)	26
	78	125	203

Annexe 8 : Etude de l'influence de l'âge sur l'expérience personnelle comme source de formation

	<b>L'EXPERIENCE PERSONNELLE EST UNE SOURCE DE FORMATION</b>	<b>L'EXPERIENCE PERSONNELLE N'EST PAS UNE SOURCE DE FORMATION</b>
<b>EFFECTIF</b>	136	72
<b>MOYENNE</b>	49,12	47,09
<b>ECART-TYPE</b>	11,88	12,81
<b>MINIMUM</b>	28	28
<b>MEDIANE</b>	51	53,5
<b>MAXIMUM</b>	72	68

**AUTEUR : ROUSSEL**

**Prénom : Stéphanie**

**Date de Soutenance : Jeudi 21 Décembre 2017**

**Titre de la Thèse :** Place du médecin généraliste dans le parcours de soins préopératoire du patient candidat à la chirurgie de l'obésité : étude quantitative auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

**Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement :** *Médecine générale*

**DES + spécialité :** *DES Médecine générale*

**Mots-clés :** Chirurgie bariatrique, médecin généraliste, initiation, implication, parcours de soins, préopératoire, expérience personnelle.

**Contexte :** La région Nord-Pas-de-Calais est la région la plus touchée par l'obésité, en France. La chirurgie bariatrique (CB) a fait preuve de son efficacité contre l'obésité morbide. Le médecin généraliste (MG) est un acteur majeur de la prise en charge de l'obésité en soins primaires. L'objectif de cette étude est de déterminer comment s'impliquent les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais dans la prise en charge préopératoire du patient obèse candidat à la chirurgie bariatrique et d'identifier les difficultés qu'ils rencontrent ainsi que leurs solutions pour y remédier.

**Méthode :** Etude quantitative, descriptive et transversale. 350 médecins généralistes ont été interrogés par questionnaire transmis par courrier postal en juin 2017.

**Résultats :** 217 réponses ont été obtenues soit un taux de réponse de 62%. Bien que les MG n'étaient que 29% à avoir lu les recommandations HAS concernant la chirurgie bariatrique, 88% estimaient qu'il était de leur rôle de l'évoquer aux patients éligibles. 39% étaient impliqués dans l'initiation de la CB. Les MG qui avaient lu les recommandations HAS étaient 51% à être impliqués dans l'initiation de la CB versus 33% pour ceux qui ne les avaient pas lues ( $p=0,011$ ). Ils choisissaient alors le chirurgien à qui ils adressaient le patient dans 88% des cas. 77% des MG qui étaient impliqués dans l'initiation de la CB suivaient plus de 5 patients opérés versus 56% pour ceux qui ne l'étaient pas ( $p=0,002$ ). Ils avaient un rôle d'accompagnement (66%) dans le parcours de soins et jugeaient leur implication moyenne (35%). Le contexte psychologique du patient était une information importante à communiquer (85%). L'expérience personnelle (65%) était leur principale source d'information. 66% étaient d'accord pour dire que s'ils étaient plus impliqués en préopératoire ils le seraient également en post-opératoire. Les pistes pour favoriser leur implication et améliorer le parcours de soins préopératoire étaient la création d'un dossier patient commun et une fiche de liaison.

**Conclusion :** L'implication du MG dans l'initiation de la CB doit être améliorée. Favoriser leur implication en préopératoire semble être nécessaire pour améliorer leur implication en post-opératoire. En effet le nombre de patients opérés ne cessant d'augmenter, l'équipe pluridisciplinaire ne pourra assurer seule le suivi de ces patients.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr CAIAZZO Robert**

**Assesseurs : Pr BERKHOUT Christophe, Dr BAYEN Marc, Dr BOSSE Jean-Louis, Dr DELFORGE François**