

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Chirurgie bariatrique : Le Parcours de santé des patients
Point de vue des patients**

Présentée et soutenue publiquement le 15 septembre 2020 à 16 heures
au Pôle Formation
par **Fanny MASSCHELEIN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PATTOU

Assesseurs :

Monsieur le Professeur David SEGUY

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Emeline DECARPENTRY

Avertissement

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

Liste des abréviations

ALD : Affection Longue Durée

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

ETP : Education Thérapeutique du Patient

GGT : Gamma GlutamylTranspeptidase

HAS : Haute Autorité de Santé

HCG : Hormone Chorionique Gonadotrope humaine

HSF : Hyalinose Segmentaire et Focale

HTA : Hypertension Artérielle

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IMC : Indice de Masse Corporel

IPAQSS : Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

PTH : Hormone ParaThyroïdienne

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RGO : Reflux Gastro-Œsophagien

SASO : Syndrome d'Apnée du Sommeil Obstructif

SOPK : Syndrome des Ovaires PolyKystiques

SOS : Swedish Obese Subjects

TOGD : Transit-Œso-Gastro-Duodéal

Table des matières

Introduction Générale	11
I. Définition	11
1) L'obésité	11
2) La chirurgie bariatrique	12
a) Historique :.....	12
b) Principes et techniques de la chirurgie bariatrique.....	13
3) Le parcours de santé	14
II. Epidémiologie actuelle de la chirurgie bariatrique	14
1) Obésité	14
2) La chirurgie bariatrique en France	15
III Indications de la chirurgie bariatrique	17
1) Indications de la chirurgie bariatrique	17
2) Contre-indications à la chirurgie bariatrique	18
3) Bilan préopératoire	18
IV Etat des lieux sur l'efficacité et le suivi	19
1) Efficacité de la chirurgie bariatrique : étude SOS	19
a) Perte de poids	20
b) Mortalité.....	20
c) Comorbidités	20
2) Suivi après une chirurgie bariatrique	20
V. Les complications de la chirurgie bariatrique	21
1) Complications liées à l'anesthésie et à la chirurgie	21
2) Complications générales	21
3) Complications spécifiques	25
VI. Suivi actuellement recommandé après une chirurgie bariatrique	25
1) Suivi selon les recommandations HAS (de 2009) (13)	26

2) Autres recommandations concernant le suivi après une chirurgie bariatrique	
28	
a) Recommandations Européennes (de 2017) (36).....	28
b) Recommandations Américaines (de 2013) (37)	28
VII. Question de recherche.....	30
1) Hypothèse.....	30
2) Question de recherche.....	30
3) Objectifs.....	30
Introduction.....	31
Matériels et Méthodes	33
I. Type d'étude	33
II. Recrutement des personnes et population	33
III. Réalisation des entretiens.....	34
IV. Analyse des données	34
V. Ethique	34
Résultats.....	35
I. Entretiens	35
II. Caractéristiques des personnes ayant eu une chirurgie bariatrique	35
III. Phase préopératoire	36
1) Information préopératoire	36
a) Source d'information médicale	36
b) Source d'information profane.....	39
2) Choix du secteur d'intervention	40
3) Choix du type d'intervention	40
4) Organisation de la phase préopératoire.....	41
a) Durée phase préopératoire	41
b) Modalités d'organisation	43
c) Le bilan préopératoire	46

5) Les intervenants	46
a) Le médecin généraliste.....	46
b) Le chirurgien.....	48
c) Sur la diététique et la nutrition	48
d) Sur le plan psychologique	49
e) Prise en charge pluridisciplinaire.....	50
6) Le patient	51
a) L'entourage du patient	51
b) Le déclic	52
c) Attente du patient.....	53
d) Conscience des risques.....	53
IV. Phase postopératoire immédiate (le premier mois après l'intervention chirurgicale).....	54
1) Vécu du patient	54
2) Difficultés ressenties	55
V. Phase postopératoire à court terme (les deux premières années après l'opération)	56
1) L'organisation du suivi	56
2) Le patient	56
a) Lune de Miel	56
b) Entourage.....	57
c) Accompagnement.....	57
VI. Phase postopératoire long terme	58
1) Organisation du suivi postopératoire	58
a) Les rendez-vous	58
b) Modalités d'organisation de suivi	59
c) Uniformisation des pratiques	61
d) Outils, aides	62
e) Régularité du suivi	62

f) Financement.....	62
g) Différence d'organisation selon le lieu d'intervention.....	64
2) Les intervenants	65
a) Le médecin généraliste.....	65
b) Le chirurgien.....	66
c) Chirurgien esthétique	67
d) Professions paramédicales : diététicienne, psychologue,	67
e) Compétences des soignants.....	68
f) Suivi pluridisciplinaire.....	69
3) Le patient	70
a) Image corporelle	70
b) Vécu du patient	71
c) Observance	71
d) Implication du patient	72
e) Rupture du suivi	73
f) Perception de la chirurgie.....	76
g) Personnalité du patient	77
h) L'entourage du patient	77
4) Impact sur la santé.....	78
a) Le poids.....	78
b) Conséquences médicales de la chirurgie	79
c) Autres conséquences de la chirurgie bariatrique.....	79
VII. Proposition d'axes d'amélioration selon les patients	80
Discussion.....	82
I. Forces et limites de l'étude.....	82
1) Forces de l'étude	82
a) Méthodologie	82
b) La population	82

2) Limites de l'étude	83
a) Méthodologie	83
b) La population	83
II. Comparaison à la littérature	84
1) Différentes sources d'information	84
2) Modalités d'organisation de la phase préopératoire	86
3) Qualité et composition de l'information préopératoire	89
4) Mémorisation de l'information	90
5) Secteur d'intervention	93
6) Durée de la phase préopératoire	97
7) Protocolisation et harmonisation du contenu du parcours préopératoire et postopératoire	98
8) Point de vue des patients sur le médecin généraliste dans ce parcours.....	100
9) Retour au domicile après la chirurgie.....	104
10) Phase de lune de Miel.....	105
11) Reprise activité physique postopératoire.....	106
12) Empathie des soignants	107
13) Soutien de l'entourage	108
14) Chronologie et programmation du suivi postopératoire	109
15) Observance et adhésion des consignes	112
16) Causes d'arrêt du suivi	114
17) Impact dans la vie quotidienne	116
18) Image corporelle	120
19) Suivi Personnalisé.....	121
20) Financement	122
21) Outils d'aide au suivi pour les patients	124
22) Rôle diététicien/nutritionniste	125
23) Rôle du psychologue.....	126

24) Coordination ville-Hôpital en intégrant le médecin généraliste.....	128
25) Attente du patient, déni ou conscience des risques.....	131
26) Relation patient-chirurgien.....	132
III. Préconisations.....	133
Conclusion.....	136
Bibliographie.....	137
Annexes.....	149
Annexe 1 : Les différentes techniques de chirurgie bariatrique.....	149
Annexe 2 : Parcours de santé selon la HAS pour la chirurgie bariatrique.....	154
Annexe 3 : Bilan préopératoire recommandé par la HAS.....	155
Annexe 4 : perte de poids selon la technique chirurgicale dans l'étude SOS.....	157
Annexe 5 : incidence et rémission des différentes comorbidités après chirurgie bariatrique selon les données de l'étude SOS.....	158
Annexe 6 : tableau des complications spécifiques à chaque type de chirurgie bariatrique (32,33).....	159
Annexe 7 : Recommandations Américaines suivi postopératoire d'une chirurgie bariatrique.....	160
Annexe 8 : Guide d'entretien.....	161
Annexe 9 : Grille des critères de qualité méthodologique en recherche qualitative de notre étude (41).....	162
Annexe 10 : Entretien numéro 7.....	165

Introduction Générale

I. Définition

1) L'obésité

L'obésité fait partie des maladies chroniques, dont les causes sont le plus souvent multifactorielles.

On définit l'obésité comme «une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle pouvant nuire à la santé» selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (1). Elle se définit principalement selon l'Indice de Masse Corporel (IMC en kg/m^2) mais cette classification n'est valable que pour les populations noires, caucasiennes et hispaniques de 18 à 65 ans (2).

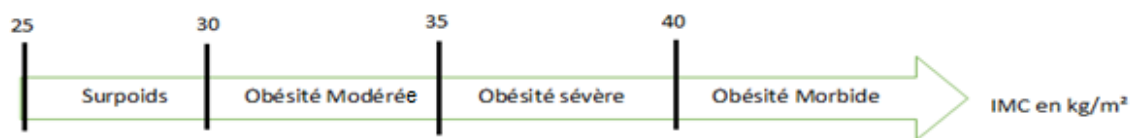


Figure 1 : Classification selon IMC

Les complications de l'obésité sont nombreuses (3) :



2) La chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique est aujourd'hui un des traitements de l'obésité, qui en modifiant l'anatomie du tube digestif, a pour but d'entraîner une perte de poids et de réduire les complications liées à l'obésité. C'est un traitement de 2^{ème} intention.

a) Historique :

Les prémices de la chirurgie bariatrique remontent aux années 1950 tout d'abord en Suède avec Henriksson, puis en Amérique en 1953 avec la réalisation d'un bypass jéjuno-iléale avec présence d'une anse borgne par Linner, correspondant à une chirurgie malabsorptive.

Devant les nombreuses complications engendrées par cette chirurgie malabsorptive, Edward Masson développe d'autres techniques de chirurgie avec dans un premier temps un bypass gastrique avec anastomose gastro-jéjunale en 1967 puis en 1971 la gastroplastie verticale calibrée.

Puis en 1977, s'est développé le bypass gastrique sur anse en Y et ensuite la dérivation bilio-pancréatique de Scoporino vers 1976/1979.

Le cerclage gastrique est né dans les années 1978, avant de se perfectionner avec le développement de l'anneau gastrique ajustable en 1985.

La sleeve gastrectomie est apparue plus tardivement en 1990 (4).

b) Principes et techniques de la chirurgie bariatrique

Il existe deux principes différents de chirurgie bariatrique, avec pour chaque principe des techniques d'interventions différentes.

La voie d'abord privilégiée en chirurgie bariatrique est la voie coelioscopique.

Chirurgie Restrictive		Chirurgie Malabsorptive		
<ul style="list-style-type: none"> - Diminution des ingestats par diminution de taille de l'estomac - Pas de modification de l'absorption 		<ul style="list-style-type: none"> - Défaut d'absorption et d'assimilation des aliments - Le plus souvent chirurgie mixte alliant technique restrictive et malabsorptive 		
Anneau gastrique	Sleeve gastrectomie	Bypass en Y	Bypass en oméga	Dérivation bilio-pancréatique

En annexe 1, sont détaillées les différentes techniques de la chirurgie bariatrique.

3) Le parcours de santé

La HAS définit ainsi le parcours de santé : «résulte de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées » (5).

La loi définit le parcours de santé comme : « un parcours de soins articulé en amont avec la prévention primaire et en aval, avec l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile» (6).

II. Epidémiologie actuelle de la chirurgie bariatrique

1) Obésité

La prévalence de l'obésité en France, selon l'étude Esteban, est de 17.2% chez l'adulte en 2015 (l'obésité modérée représente trois quart de la population obèse) (7)(8).

Les enquêtes Obépi ont montré que la prévalence de l'obésité ne cesse d'augmenter au fil des années, même si elle a tendance à être stable ces dernières années, ceci pouvant expliquer la hausse du nombre de patients candidats à la chirurgie bariatrique (9).

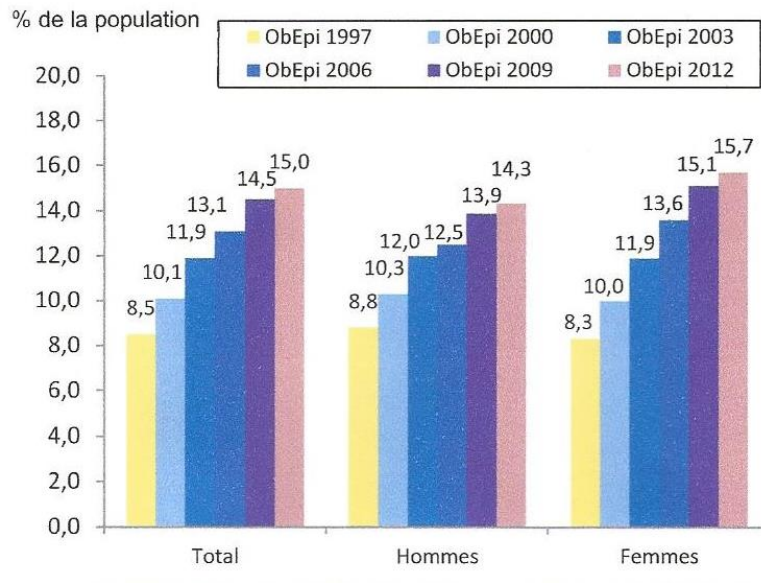


Figure 2 : Prévalence de l'obésité selon le sexe de 1997 à 2012 selon l'enquête

Obépi (9)

2) La chirurgie bariatrique en France

En 2016, on dénombre 60 070 interventions de chirurgie bariatrique tous types confondus, dont 6000 à 7000 actes de maintenance pour les anneaux gastriques.

La chirurgie bariatrique est en plein essor, les chiffres ont été multipliés par 6 entre 2000 et 2016 (10).

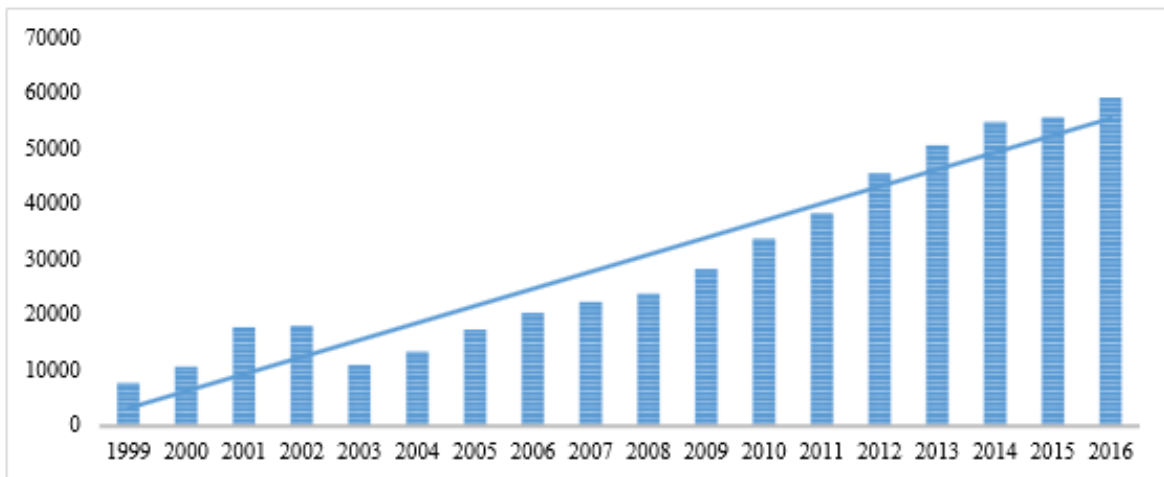


Figure 3 : Evolution de l'activité de la chirurgie bariatrique toutes techniques confondues entre 1999 et 2016 (10)

On constate également un changement des techniques chirurgicales, en faveur de la sleeve gastrectomie avec une nette diminution de l'utilisation des anneaux gastriques (10) :

- 66 % de sleeve
- 29 % de bypass
- 4 % d'anneaux gastriques

Selon le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), le moindre recours à l'anneau serait dû à une perte de poids moins importante avec cette technique ce qui engendre des ré interventions et aux contraintes de suivi notamment de réglage de l'anneau (10).

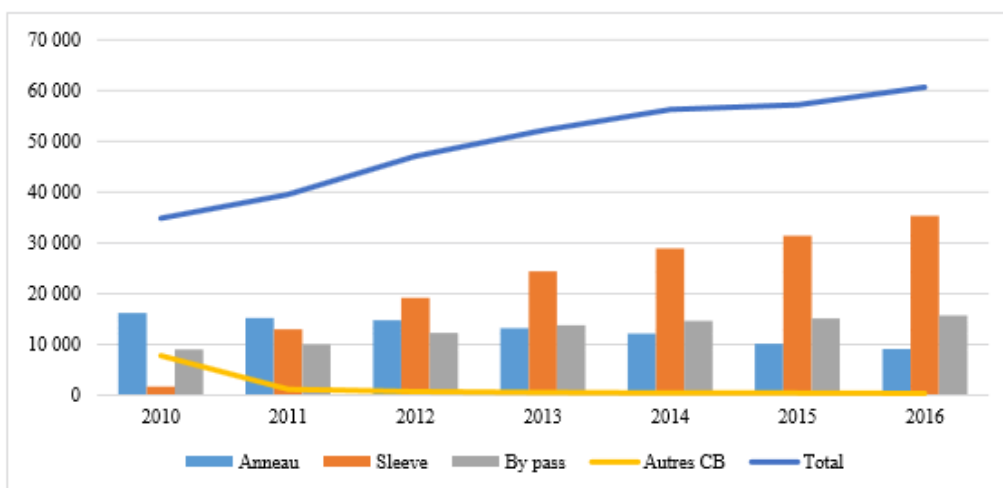


Figure 4 : Evolution des actes de chirurgie bariatrique de 2010 à 2016 (10)

Les techniques de chirurgie bariatrique et le nombre d'interventions varient également selon les régions (taux plus élevé d'interventions en Corse et Hauts de France et moins élevé en Auvergne et Pays de la Loire) mais ces différences ne sont pas toujours expliquées par les différences de prévalence de l'obésité entre les régions (8).

De même deux tiers des interventions ont lieu en secteur privé : 64% dans le privé et 36% dans le public (11).

Parmi les personnes opérées, 79% sont des femmes, avec un âge moyen des patients de 41 ans et le plus souvent un IMC compris entre 40 et 45 kg/m²(12).

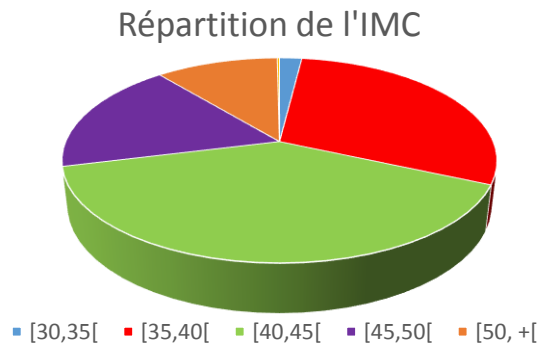


Figure 5 : IMC en phase préopératoire d'une chirurgie bariatrique (12)

III Indications de la chirurgie bariatrique

La HAS a émis en 2009 des recommandations sur les conditions nécessaires pour réaliser une chirurgie bariatrique, ces critères n'ont pas été réévalués depuis.

1) Indications de la chirurgie bariatrique

Six conditions sont nécessaires (les critères ci-dessous sont valables de 18 à 60 ans) (13) :

- IMC \geq 40 kg/m² ou IMC \geq 35 kg/m² avec au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée par la chirurgie bariatrique (par exemple le diabète, l'hypertension artérielle, le syndrome d'apnée du sommeil obstructif (SASO), ...)
- Echec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6 à 12 mois (échec signifie perte de poids insuffisante, perte de poids non maintenue)
- Patient bien informé au préalable

- Evaluation et prise en charge préopératoire pluridisciplinaire pendant plusieurs mois
- Patient ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical toute la vie
- Risque opératoire acceptable (13)

2) Contre-indications à la chirurgie bariatrique

Il existe également des contre-indications (13):

- Troubles cognitifs et mentaux sévères
- Troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire
- Dépendance à l'alcool, à des substances psychoactives licites ou illicites
- Maladie mettant en jeu le pronostic vital à court ou moyen terme
- Contre-indication à l'anesthésie générale
- Pas de prise en charge médicale préalable identifiée et incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical la vie durant (13)

3) Bilan préopératoire

La HAS propose un parcours de santé pour le patient candidat à la chirurgie bariatrique, présenté en annexe 2 (13).

Il est stipulé que le patient doit recevoir des informations (bénéfices, risques, le suivi à vie, les différentes techniques de chirurgie, ...) à la fois par écrit et par oral en préopératoire par les différents intervenants, il faut aussi s'assurer de la compréhension du patient, avec si besoin la nécessité de reformuler les informations.

Le bilan proposé en préopératoire est à la fois médical, nutritionnel et diététique mais aussi psychologique (cf. Annexe 3) (13).

La décision d'effectuer une chirurgie bariatrique est pluridisciplinaire, en lien avec le médecin traitant. L'équipe pluridisciplinaire doit comporter selon la HAS au moins 1 chirurgien, 1 médecin spécialiste de l'obésité, 1 diététicien, 1 psychiatre ou alors 1 psychologue et 1 anesthésiste réanimateur (13).

En 2017 la HAS a analysé les indicateurs de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) en préopératoire des chirurgies de l'obésité, ces données indiquent que :

- Dans 68% des dossiers analysés, il est tracé la communication de la décision de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) au médecin traitant
- Dans 81% des dossiers analysés, il est tracé l'information préopératoire minimale donnée au patient (12).

IV Etat des lieux sur l'efficacité et le suivi

1) Efficacité de la chirurgie bariatrique : étude SOS

L'étude de référence en chirurgie bariatrique, est l'étude SOS (Swedish Obese Subjects). Il s'agit d'une étude prospective, contrôlée, incluant 4047 personnes, les personnes ayant été recrutées entre septembre 1987 et janvier 2001 (2010 personnes dans le groupe chirurgie bariatrique et 2037 personnes dans le groupe contrôle). L'objectif principal de cette étude est de voir si la perte de poids induit par la chirurgie bariatrique est associée à une diminution de la mortalité comparativement au groupe contrôle (14,15).

a) Perte de poids

Dans l'étude SOS, il a été constaté que plus la technique chirurgicale est invasive, plus la perte de poids est importante. Pour toutes les chirurgies, la perte de poids tend à diminuer au cours des années (14) (cf Annexe 4).

b) Mortalité

Pendant la durée de l'étude, après 16 ans, on comptait 129 décès (soit 6.3%) dans le groupe contrôle et 101 (soit 5.0%) dans le groupe chirurgie bariatrique, soit un Hazard Ratio de 0.71 (P=0.01) (14).

Cette diminution de mortalité a également été montrée dans d'autres études (16).

c) Comorbidités

Dans l'étude, il a été constaté une différence significative à 2 et 10 ans de l'incidence du diabète, de l'hypertriglycéridémie et de l'hyperuricémie entre le groupe chirurgie bariatrique et le groupe contrôle. Par contre il n'y a pas eu de différences significatives pour l'incidence de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie.

Dans l'étude il a également été constaté une rémission significative à 2 et 10 ans dans le groupe chirurgie bariatrique du diabète, de l'hypertension artérielle, de l'hyperuricémie et de l'hypertriglycéridémie. Par contre il n'y a pas eu de rémission significative de l'hypercholestérolémie (14) (cf. Annexe 5).

2) Suivi après une chirurgie bariatrique

L'académie nationale de médecine, a publié un rapport en 2017, indiquant qu'en France, 5 ans après une chirurgie bariatrique, « la qualité du suivi peut être considérée comme satisfaisante chez seulement 12 % des patients » (11).

Une étude de 2013, étudiant le suivi après une chirurgie bariatrique, avait mis en évidence que l'absence de suivi était significativement plus importante chez les moins de 45 ans et chez les personnes considérées en échec chirurgical (= moins de 50% de perte de l'excès de poids à 1 an). Les raisons évoquées par les patients sur l'absence de suivi étaient le plus souvent le travail et les relations familiales (17).

Une étude publiée en 2017 portant sur le suivi à long terme après une chirurgie bariatrique, avait mis en évidence que les facteurs suivants : sexe masculin, le jeune âge et un suivi pauvre la première année, étaient associés à un mauvais suivi à 5 ans de la chirurgie (suivi pauvre). Par contre avoir un diabète de type 2 préexistant était associé à un meilleur suivi après une sleeve (18).

V. Les complications de la chirurgie bariatrique

1) Complications liées à l'anesthésie et à la chirurgie

Il existe les complications liées à l'anesthésie et à la chirurgie avec également pendant la période postopératoire un risque majoré de maladie thromboembolique veineuse (nécessitant une prévention systématique en postopératoire) (13,19).

2) Complications générales

- Les carences en vitamines et minéraux

Ces carences sont multifactorielles : carence d'apport, modification de l'absorption, modification de l'acidité gastrique, vomissements,

Les carences en vitamines et minéraux sont plus fréquentes dans les chirurgies malabsorptives mais elles existent aussi dans les chirurgies restrictives.

Il est nécessaire de les prévenir et de les dépister, car les conséquences peuvent être importantes selon le type de carence en cause (20).

Dans le tableau 1, sont indiqués les signes cliniques en fonction du type de carence.

Metabolic and nutritional problems after bariatric surgery according to surgical procedure				
Deficiency or complication	Prevalence (or risk)	Causal factors or circumstances	Complications or consequences	Laboratory test* or other investigations
Vomiting	AGB: ++ VBC: ++ SG, GBP: ±	Stuck food (AGB ++), anastomotic stenosis (GBP)	Hypokalaemia, dehydration, renal failure	Electrolytes, haematocrit (CBC)
Iron	AGB: + GBP: ++ SG: +	Menstruating women, ↓meat intake	Microcytosis, anaemia, fatigue, brittle nails	↓% transferrin saturation (iron) CBC (haemoglobin), ↓ferritin < 20 mg/L (transferrin soluble receptor)
Vitamin B12	AGB: + GBP: ++ SG: + (?)	↓Meat and dairy intakes, malabsorptive procedure (GBP), extreme weight loss (i.e. low food intake)	Macrocytosis, anaemia, neuropathy	↓Vitamin B12, ↑MMA (optional), holotranscobalamin II (optional), thiomocysteine (optional)
Calcium, vitamin D	AGB: - or ± GBP: ++ SG: - (?)	↓Intake of calcium-rich foods, malabsorption of calcium and vitamin D	Osteomalacia, osteoporosis, fractures	↓1,25(OH)2D, ↑PTH, ↑alkaline phosphatase, ↓calcaemia: rare, DEXA (↓bone density)
Vitamin B9 (folate)	AGB: ± GBP: ± SG: ±	Low intake, low compliance with supplements	Macrocytosis, anaemia, pregnant women: fetal neural-tube defects	↓Folate, ↓RBC folate, thiomocysteine (optional)
Proteins	AGB: - RYGBP: ± SG: - (?)	Low protein (and energy) intakes, intercurrent illness, extreme weight loss (i.e. low food intake)	Oedema	↓Albumin, ↓prealbumin, DEXA (↓fat-free mass)
Vitamin B1 (thiamine)	AGB: ± GBP: ± SG: ± (?)	Recurrent vomiting (AGB), glucose intravenous infusion with no vitamin B1 supplementation	Neuropathy, Gayet-Wernicke encephalopathy	↓Thiamine
Zinc, selenium	AGB: + GBP: ++ SG: (?)	Low intake, severe weight loss (i.e. low food intake)	Hair loss (?zinc), selenium: no symptoms	↓Zinc RBC, ↓selenium
Other vitamins (A, E, K)	AGB: - GBP: - or ± SG: -	Malabsorptive procedure (GBP), extreme weight loss (i.e. low food intake)	Vitamin A: night blindness, vitamin E: toxicative stress, vitamin K: bleeding disorder	Vitamin A, vitamin E, vitamin K1 + INR

*Based on plasma concentrations;
-: very rare; ±: rare; +: frequent; ++: very frequent; (?): no data available;
AGB: adjustable gastric bands; GBP: gastric bypass; SG: sleeve gastrectomy; CBC: complete blood cell count; DEXA: dual-energy X-ray absorptiometry; INR: international normalized ratio; MMA: methylmalonic acid; PTH: parathyroid hormone; RBC: red blood cells;
All data are adapted from references 3-6, 8, 11, 12
VBC: vertical banded gastroplasty

Tableau 1 : Problèmes nutritionnels et métaboliques après une chirurgie bariatrique selon le type de chirurgie (21)

- Dénutrition protéino-énergétique

La dénutrition protéino-énergétique est multifactorielle, tout d'abord il existe une carence d'apport après ces chirurgies mais il existe également une intolérance pour certains aliments comme la viande.

Cette dénutrition est souvent majorée par les chirurgies malabsorptives.

De plus la population éligible à la chirurgie bariatrique est une population à risque de dénutrition (20).

- Reflux gastro-œsophagien

Plus fréquent dans les chirurgies restrictives, qui peuvent aggraver ou engendrer un RGO, cette complication peut être un des critères pour s'orienter vers une chirurgie malabsorptive si le patient présente déjà un RGO en préopératoire (22).

- Le Dumping syndrome précoce

Plus fréquent dans les chirurgies avec court-circuit comme dans le bypass, mais peut se voir aussi après une sleeve, il est dû à une vidange gastrique trop rapide d'aliments hyperosmolaires et non suffisamment digérés dans le jéjunum.

Il apparaît précocement après la chirurgie.

Il apparaît environ 10 à 30 minutes après le repas (parfois les symptômes apparaissent pendant le repas), il est favorisé par un repas riche en hydrates de carbone (repas sucré ou gras).

Le syndrome associe à la fois des troubles vasomoteurs et des symptômes digestifs (diarrhées, crampes avec douleurs abdominales, une sensation de satiété, ...).

Le traitement consiste essentiellement à une adaptation des règles hygiéno-diététiques (21,23).

- Le dumping syndrome tardif = hypoglycémie hyperinsulinique

Il est dû à l'arrivée rapide d'hydrates de carbone non digérés au niveau intestinal, ce qui entraîne une majoration de la glycémie et donc en réaction une sécrétion d'insuline importante pouvant entraîner des hypoglycémies.

Il apparaît tardivement après une chirurgie, souvent plus d'un an après.

Il se manifeste à distance du repas, environ 1 à 2h après et entraîne une hypoglycémie pouvant être symptomatique.

Le traitement consiste également en une adaptation des règles hygiéno-diététique, en cas de persistance malgré ces mesures il est possible de débiter un traitement par Acarbose (21,23).

- Lithiase biliaire

A la suite d'une chirurgie bariatrique, le risque de lithiase biliaire est majoré, surtout lorsque la perte de poids est rapide. Il est recommandé en préventif, d'instaurer un traitement par Acide Urodésoxycholique 600 mg par jour pour 6 mois, si le patient n'a pas eu de cholecystectomie (recommandation par la HAS pour les chirurgies malabsorptives) (13).

- Lithiase rénale et hyperoxalurie

Le mécanisme est le suivant, après une chirurgie malabsorptive, les graisses sont moins absorbées, elles vont donc entraîner la saponification du calcium. Le calcium sera donc moins disponible pour se complexer avec les oxalates. Il en découle une augmentation de l'absorption des oxalates et une hyperoxalurie.

Pour prévenir le risque de lithiase il est important de conserver une bonne hydratation, d'avoir un apport suffisant en calcium et de limiter l'apport de graisses (24).

- Remodelage osseux et hyperparathyroïdie secondaire

Ceci se rencontre surtout après une chirurgie malabsorptive, où on a une diminution de l'absorption du calcium et de la vitamine D, ce qui entraîne donc une hyperparathyroïdie secondaire avec un remodelage osseux. Il est donc indispensable d'avoir des apports en vitamine D suffisants.

Les études ont montré une diminution de la densité minérale osseuse qui prédomine au niveau du col fémoral. Il n'a pas été clairement défini une augmentation du risque fracturaire (25–27).

- Troubles psychologiques

Certaines études se sont intéressées aux indicateurs de qualité de vie, montrant une fluctuation de ces indicateurs selon les périodes de perte, augmentation ou stabilisation du poids, avec notamment une nette amélioration de la qualité de vie la première année en raison d'une perte de poids importante au début.

De manière générale tous les indicateurs de qualité de vie sont améliorés à 10 ans sauf l'anxiété. Pour conserver un effet bénéfique sur les indicateurs de qualité de vie, il a été montré qu'il est nécessaire de maintenir au moins une perte de poids de 10% (28,29).

Il a également été démontré une augmentation du taux de suicide par rapport à la population générale et une augmentation de la consommation de substances à risque (tabac, alcool et drogues) surtout une majoration de la consommation d'alcool après réalisation d'un bypass (30,31).

3) Complications spécifiques

Chaque type d'intervention a également ses propres complications, dont la liste figure en Annexe 6 (32,33).

VI. Suivi actuellement recommandé après une chirurgie bariatrique

L'obésité est une maladie chronique donc même après une chirurgie bariatrique, le suivi doit se faire à vie.

Les recommandations de la HAS sur le suivi postopératoire datent de 2009.

1) Suivi selon les recommandations HAS (de 2009) (13)

Il est recommandé d'effectuer :

- 4 consultations la première année après la chirurgie bariatrique
- 1 à 2 consultations par an ensuite, à adapter selon le profil du patient

Il n'est pas précisé dans les recommandations de la HAS par qui ces consultations doivent être effectuées, même si elle stipule qu'un suivi chirurgical ainsi que par l'équipe pluridisciplinaire est nécessaire (13) .

Le suivi va permettre :

- 1° : d'assurer le suivi diététique et nutritionnel, c'est-à-dire évaluer la perte de poids, l'alimentation, rechercher des signes de carence ou de dénutrition.

Le Bilan biologique proposé par la HAS est le suivant : albumine et préalbumine, hémoglobine, ferritine et coefficient de saturation en fer de la transferrine, calcémie, vitamine D, parathormone (PTH), vitamine A, vitamine B1/B9/B12, zinc et sélénium.

La HAS n'indique pas de différence de bilan biologique selon la technique chirurgicale.

Il faut effectuer ce dosage à 3 mois, 6 mois de l'opération puis au moins une fois par an.

Concernant la supplémentation vitaminique après une chirurgie :

- En cas de chirurgie malabsorptive : supplémentation systématique et à vie en calcium, vitamine D, fer, vitamine B12 et multivitamines.
- En cas de chirurgie restrictive : la supplémentation va dépendre du bilan biologique et de la clinique.

- 2° : Une évaluation des différentes comorbidités notamment SAS, diabète, dyslipidémie, HTA, En effet après une chirurgie bariatrique, on peut constater une amélioration de certaines comorbidités.
- 3° : Une adaptation des traitements :
 - o soit amélioration des comorbidités nécessitant une réévaluation du traitement
 - o soit adaptation de la posologie et de la voie d'administration du médicament car l'absorption des molécules est modifiée dans certaines chirurgies.
- 4° : Un suivi éducatif, avec une éducation thérapeutique à poursuivre dans le prolongement de ce qui a été débuté en préopératoire
- 5° : Suivi psychologique en cas de troubles du comportement alimentaire ou de maladies psychiatriques
- 6° : Suivi chirurgical, c'est-à-dire rechercher des complications en lien avec le type de chirurgie effectuée. En cas d'anneau gastrique, calibre à adapter et en cas de modification du calibre contrôle par transit œso-gastro-duodéal (TOGD) (13).

En France, des centres spécialisés de l'obésité (CSO) ont été créés. Ces centres ont deux missions principales notamment organiser dans leur territoire la gestion de l'obésité (prévention, programme de lutte contre l'obésité, information des professionnels et du public). Ils ont également des équipes pluridisciplinaires permettant la prise en charge des patients obèses mais dans des situations complexes principalement (34,35).

Les patientes peuvent bénéficier d'une chirurgie réparatrice 12 à 18 mois après la chirurgie bariatrique (13).

2) Autres recommandations concernant le suivi après une chirurgie bariatrique

a) Recommandations Européennes (de 2017) (36)

Les recommandations Européennes proposent un suivi biologique différent selon le type de chirurgie bariatrique effectué par le patient.

Le suivi biologique est recommandé :

- Tous les 6 mois la première année puis tous les ans pour l'anneau
 - Tous les 3 à 6 mois la première année puis tous les ans pour la sleeve et le bypass
- Il est recommandé de faire un bilan biologique avec : NFS, plaquettes, ionogramme/électrolytes, fer, ferritine, vitamine B12, B9, vitamine D et PTH. Pour le bypass il est nécessaire d'ajouter un dosage sur 24 heures du calcium urinaire et de l'ostéocalcine (36).

b) Recommandations Américaines (de 2013) (37)

Dans les recommandations Américaines, un tableau a été réalisé permettant de savoir pour chaque technique chirurgicale, qu'elle est le suivi postopératoire à effectuer. Le tableau est présenté en annexe 7.

Les différences dans le suivi proposé sont :

- Ostéodensitométrie osseuse à 2 ans dans toutes les chirurgies
- Dosage du calcium urinaire sur 24 heures à 6 mois de la chirurgie et annuellement pour toutes les chirurgies

- Dosage vitamine B12 annuellement (ou tous les 3 à 6 mois si supplémentation) pour toutes les chirurgies
- Dosage vitamine B9, fer, PTH, 25-OH vitamine D pour le bypass et la dérivation biliopancréatique
- Dosage vitamine A pour les dérivations bilio-pancréatiques
- Thiamine, zinc, selenium, cuivre selon la clinique
- NFS à chaque visite pour toutes les chirurgies

Pour le suivi, il est recommandé :

- Pour l'anneau : visite à 1 mois, puis tous les 1 à 2 mois jusqu'à stabilisation
- Pour la sleeve : visite à 1 mois, puis tous les 3 à 6 mois jusque stabilisation
- Pour le bypass : visite à 1 mois puis tous les 3 à 6 mois jusque stabilisation

Il n'est pas précisé par qui ce suivi doit être effectué (37).

Dans les recommandations Américaines et Européennes, contrairement à la HAS qui préconise une supplémentation systématique en vitamines et minéraux uniquement pour le bypass gastrique, il est préconisé également une supplémentation dans les autres méthodes de chirurgie bariatrique (36,37).

Pour le bypass et la sleeve gastrectomie, il est préconisé :

- 2 compléments à base de multivitamines et minéraux par jour comprenant du fer, des vitamines B9 et B1
- Vitamine B12 pour avoir un taux normal
- 1200 à 1500 mg de calcium par jour
- Vitamine D 3000 UI par jour

Pour l'anneau gastrique, il est recommandé :

- 1 complément à base de multivitamines et minéraux par jour comprenant du fer, des vitamines B9 et B1
- 1200 à 1500 mg de calcium par jour
- Vitamine D 3000 UI par jour
- Vitamine B12 pour avoir un taux normal

VII. Question de recherche

1) Hypothèse

Les patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique (tous types confondus) ont un suivi ne répondant pas suffisamment aux recommandations.

2) Question de recherche

Quels sont les points de rupture, selon les patients, du parcours de santé de la chirurgie bariatrique (tous types confondus) dans les Hauts de France ?

3) Objectifs

L'objectif principal est de mettre en évidence, d'après les patients, les éléments pouvant entraîner un suivi non optimal en cas de chirurgie bariatrique.

Les objectifs secondaires sont d'établir des préconisations pour les différents acteurs du parcours de santé afin d'améliorer le suivi des patients bénéficiant d'une chirurgie bariatrique.

Introduction

La prévalence de l'obésité ne cesse de croître au fil des années, avec une prévalence de 17.2% chez l'adulte en 2015 selon l'étude Esteban (7,8).

Un des traitements de l'obésité, en deuxième intention, est la chirurgie bariatrique avec des techniques restrictives, malabsorptives ou mixtes.

La chirurgie bariatrique est aujourd'hui en plein essor avec 60670 interventions en 2016. L'étude SOS (Swedish Obese Subjects, étude prospective avec un groupe de 2010 patients opérés et un groupe contrôle de 2037 patients, recrutés de 1987 à 2001) a permis de montrer son efficacité sur la perte de poids et sur certaines comorbidités (14,15).

Les dernières recommandations en France, concernant le suivi nécessaire après une chirurgie bariatrique, datent de 2009 par la Haute Autorité de Santé (13).

Un rapport de l'académie de médecine publié en 2017 rapporte que 5 ans après une chirurgie bariatrique la qualité du suivi est jugée satisfaisante chez seulement 12% des patients (11). On sait aujourd'hui que l'absence de suivi peut avoir des conséquences bio-médico-psycho-sociales importantes (10).

L'hypothèse de cette étude est que les patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique (tous types confondus) ont un suivi ne répondant pas suffisamment aux recommandations.

Notre question de recherche est, quels sont les points de rupture, selon les patients, du parcours de santé de la chirurgie bariatrique (tous types confondus) dans les Hauts de France ?

L'objectif principal est de mettre en évidence, d'après les patients, les éléments pouvant entraîner un suivi non optimal en cas de chirurgie bariatrique. Les objectifs

secondaires sont d'établir des préconisations pour les différents acteurs du parcours de santé afin d'améliorer le suivi des patients bénéficiant d'une chirurgie bariatrique.

Matériels et Méthodes

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par la méthode de théorisation ancrée avec réalisation d'entretiens semis dirigés.

II. Recrutement des personnes et population

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Homme ou femme
- Ayant été opéré entre l'âge de 18 et 60 ans
- Vivant dans les Hauts de France
- Ayant eu une chirurgie bariatrique, tous types de chirurgie confondus

Le recrutement des personnes a été réalisé par le médecin généraliste, préalablement contacté et informé de l'étude par le chercheur (par téléphone ou lors d'un rendez-vous). Les médecins généralistes ont été choisis aléatoirement sur des territoires de santé différents du Nord pas de Calais.

Le médecin généraliste a contacté ses patients (soit par téléphone soit lors d'une consultation) ayant eu une chirurgie bariatrique afin de savoir s'ils acceptaient de participer à l'étude. Le chercheur a ensuite contacté les personnes ayant accepté de participer à l'étude et a convenu d'un rendez-vous pour réaliser l'entretien.

Une lettre d'information a été envoyée par mail (ou à défaut par voie postale) avant le rendez-vous aux personnes afin de leur expliquer l'étude et son déroulement.

Le recrutement s'est déroulé de janvier 2020 à mai 2020.

III. Réalisation des entretiens

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés avec l'aide d'un guide d'entretien (cf. Annexe 8) au domicile des personnes. En raison de la pandémie de COVID-19 les entretiens réalisés après le 17 mars 2020 ont eu lieu par visioconférence avec la plateforme BigBlueButton® après autorisation de la cellule de protection des données de l'université de Lille afin de respecter les mesures de confinement et les gestes barrières.

En début d'entretien, après s'être assuré de la bonne compréhension du sujet de l'étude par la personne, a lieu le recueil du consentement éclairé pour participer au projet de recherche et être enregistré.

Les données identitaires de la personne ont été conservées sur format papier, un code d'anonymisation a ensuite été attribué à chaque personne.

L'enregistrement des entretiens a été effectué par dictaphone, des notes écrites ont également été prises pendant l'entretien.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à suffisance des données.

IV. Analyse des données

Les entretiens ont ensuite été retranscrits intégralement et mot pour mot dans le logiciel WORD® ainsi qu'anonymisés.

Les entretiens ont été stockés sur ordinateur portable, où les données sont chiffrées.

Le codage des verbatims a été réalisé par deux chercheurs, à l'aide du logiciel NVIVO 12®.

V. Ethique

La présente étude a fait l'objet d'une déclaration numéro 2019-159 auprès de la cellule de protection des données de l'université de Lille.

Résultats

I. Entretiens

Onze entretiens ont été réalisés de janvier 2020 à mai 2020 auprès de personnes ayant eu une chirurgie bariatrique, tous types confondus. Les entretiens se sont déroulés soit au domicile des personnes soit par audioconférence (quatre entretiens).

II. Caractéristiques des personnes ayant eu une chirurgie bariatrique

Les caractéristiques des personnes sont détaillées dans le tableau suivant :

Caractéristiques des personnes	Classe d'âge	Délai entre la date d'opération et la date d'entretien	Enfant(s)	Lieu opération	Sexe	Territoire d'habitation	Type de Chirurgie
Personne 1	30-34 ans	1 à 4 ans	Oui	Privé	Femme	Lille	Sleeve
Personne 2	35-39 ans	moins de 1 an	Oui	Privé à but non lucratif	Femme	Béthune-Bruay	Anneau gastrique
Personne 3	55-59 ans	1 à 4 ans	Oui	Public	Homme	Artois-Ternois	Endosleeve
Personne 4	25-29 ans	1 à 4 ans	Non	Privé	Femme	Dunkerque	ByPass en Y
Personne 5	30-34 ans	5 à 9 ans	Non	Public	Femme	Artois-Ternois	ByPass en Y
Personne 6	40-44 ans	1 à 4 ans	Oui	Privé	Femme	Dunkerque	ByPass en Y
Personne 7	40-44 ans	5 à 9 ans	Oui	Public	Femme	Béthune-Bruay	Sleeve
Personne 8	45-49 ans	5 à 9 ans	Oui	Privé	Femme	Flandre-Lys	Anneau gastrique
Personne 9	40-44 ans	1 à 4 ans	Oui	Privé	Femme	Lille	Sleeve
Personne 10	35-39 ans	10 à 14 ans	Oui	Privé	Femme	Lille	Anneau gastrique
Personne 11	35-39 ans	1 à 4 ans	Oui	Privé	Femme	Artois Ternois	Sleeve

III. Phase préopératoire

1) Information préopératoire

a) Source d'information médicale

- Toutes les personnes interviewées ont reçu des informations auprès des professionnels de santé médicaux ou paramédicaux en préopératoire sur la chirurgie bariatrique en elle-même et sur les complications.

P07 : « je suis allée en journée d'information avec mon mari [...] parce qu'on connaissait pas et puis après ils expliquent comment ça se passe, la possibilité de mort, ils expliquent tout de début à Z, l'intervention de la nutritionniste et du chirurgien » [L21-24]

- 5 personnes indiquaient avoir été informées que la chirurgie bariatrique était une aide à la prise en charge de l'obésité s'inscrivant dans une prise en charge globale et n'était donc pas une solution miraculeuse.

P01 : « Comme le chirurgien m'a dit, je vous donne un coup de pouce, c'est à vous de faire le travail derrière, effectivement c'est sûr il va nous couper un bout on va perdre autant mais au bout d'un certain moment les kilos peuvent revenir aussi vite qu'ils sont arrivés. Donc effectivement si derrière on n'a pas le suivi et qu'on ne fait pas attention » [L175-177]

- 3 personnes précisaient être au courant du risque de la reprise de poids à distance de la chirurgie bariatrique.

P09 : « Des choses que j'ai appris notamment pendant le parcours c'est qu'arrivé à la fin de la perte de poids on a un effet rebond, on reprenait entre 5 et 10% de la totalité du poids perdu, pas tout le monde hein mais qu'y avait cet effet rebond [...] » [L648-650]

- Cependant concernant les informations préopératoires données par les professionnels de santé :

- 5 personnes évoquaient une information préopératoire non exhaustive notamment sur les complications après chirurgie bariatrique.

P11 : « donc effectivement les informations avant opération n'étaient pas très détaillées hein c'était ça va aller on va vous découper alors oui on m'a bien informé sur la méthode de découpage de mon estomac mais après des complications qui auraient après j'avoue que j'ai pas eu beaucoup d'informations » [L461-464]

Parmi ces personnes, une préférait ne pas avoir une information exhaustive pour ne pas l'inquiéter.

P11 : « j'ai pas eu beaucoup d'informations mais comment dire c'est peut-être pas plus mal parce que, parce que du coup le fait d'avoir plus d'informations peut-être que je me serais posée plus de questions, là en fait j'ai vu que le côté positif j'ai foncé » [L464-466]

- Trois personnes déploraient un manque d'explication sur la chirurgie bariatrique et ses conséquences sur la sphère gynécologique notamment la contraception, la maternité.

P04 : « pareil pour mon moyen de contraception parce que moi avant l'opération je prenais la pilule je ne savais pas qu'après l'opération je pouvais plus la prendre »

[L385-386]

- 3 personnes indiquaient en plus un souci de mémorisation des informations, avec un oubli d'une partie des informations données.

P04 : « j'ai pas pour souvenir, j'ai pas pour souvenir de ce qu'il m'ait dit que je pouvais plus prendre la pilule. » [L393-394]

- Une personne indiquait avoir eu des informations idéalisant la chirurgie bariatrique et notamment les bénéfices de la chirurgie bariatrique.

P04 : « Vendu du rêve, ouais, ouais je pense que c'est ça y, il te vend un peu du rêve dans le sens où l'opération va régler tous tes problèmes quoi alors que pas du tout » [L360-361]

- Quatre personnes disaient ne pas connaître les modalités de suivi ultérieur notamment la durée du suivi postopératoire.

P02 : « le chirurgien [...] je l'avais vu au mois de septembre là on est au mois de juin tous les 3-4 mois pendant 1 an. Après je sais pas si il va me suivre ou pas, ça je sais pas encore. » [L70-72]

Parmi ces personnes, une signalait ne pas avoir eu d'informations sur les modalités de suivi concernant l'anneau gastrique et plus particulièrement que l'anneau avait une durée de vie limitée.

P10 : « souvent les anneaux gastriques ils ont une durée de vie de 10 ans bah cette information là j'étais pas au courant sauf que moi maintenant y en a 11 bientôt » [L328-330]

b) Source d'information profane

- Parmi les personnes interviewées, cinq ont se sont renseignées en amont de la consultation initiale avec le chirurgien, via des émissions télévisées, des forums, des réseaux sociaux ou des sites sur internet pour avoir des informations sur la chirurgie bariatrique.

P04 : « je crois qu'à l'époque c'était tellement vrai sur NRJ 12® où y avait une jeune fille qui se faisait opérer pareil d'une chirurgie bariatrique c'était une sleeve, j'ai vu ce truc, j'ai dit ouai faut que j'en parle à mes parents. » [L334-336]

Deux d'entre elles, disaient avoir utilisé ces sources d'information pour échanger avec d'autres personnes dans la même situation ou ayant déjà effectué une chirurgie bariatrique.

P11 : « du coup le fait d'aller sur des forums ça me permettait de me rassurer, d'avoir des témoignages » [L281-284]

- Quatre personnes ont indiqué avoir échangé sur la chirurgie bariatrique avant de se faire opérer avec des personnes de leur entourage ayant également eu une chirurgie bariatrique.

P08 : « c'est vraiment en en discutant avec un de mes collègues qui m'a dit moi ma femme l'a fait ça fonctionne bien » [L144-145]

2) Choix du secteur d'intervention

Parmi les arguments des personnes interviewées concernant le choix du lieu d'intervention :

- Une des personnes indiquait la différence de remboursement entre le secteur public et le secteur privé.

P09 : « dans le privé on m'a dit au niveau de la prise en charge tout ne sera pas forcément pris en charge, il faut que tu en prennes conscience, si tu dois prendre des rendez-vous à l'extérieur, le nutritionniste, le psy tout ça ça sera pas forcément remboursé par contre dans le public si ». [L719-722]

- Trois personnes indiquaient un délai de prise en charge avant l'opération plus court dans le secteur privé par rapport au secteur public.

P11 : « je sais que les parcours sont différents que ce soit en public ou en privé ils sont plus courts en privé, c'est pour ça que j'ai été en privé au fait alors qu'ils sont très long en public » [L488-490]

3) Choix du type d'intervention

- Deux personnes indiquaient avoir choisi l'anneau gastrique car c'est pour eux une intervention moins invasive et réversible.

P08 : « l'anneau gastrique avait cette, cette facilité d'avoir quelque chose d'un peu plus flexible, moins invasif, moins intrusif, moins d'effets secondaires » [L45-47]

- Trois personnes précisait que le choix du type d'intervention avait été décidé en fonction de leurs antécédents.

P05 : « ça m'a été recommandé aussi parce que la sleeve ou l'anneau ça a tendance à donner des reflux gastriques et j'en avais déjà énormément avant le bypass [...] ils m'ont dit les autres on vous les propose pas parce que ça va aggraver ce que j'avais déjà. » [L139-142]

- Une personne indiquait qu'elle avait choisi le bypass car c'était selon elle la solution la plus efficace tandis qu'une personne indiquait ne pas avoir choisi le bypass car c'était la solution la plus complexe.

P05 : « je voulais un bypass dans le sens où j'avais eu des retours ou j'avais lu que si jamais les autres opérations fonctionnaient pas il fallait se faire réopérer et faire un bypass donc j'avais dit au moins je sais que je fais la entre guillemets dernière solution tout de suite » [L136-139]

4) Organisation de la phase préopératoire

a) Durée phase préopératoire

- La durée de la phase préopératoire est variable selon les personnes, huit personnes ont signalé une phase préopératoire plus longue c'est-à-dire supérieure ou égale à 7 mois.

P01 : « avant de me faire opérer je vous ai dit il y a eu 10 mois à peu près avant que je me fasse opérer, que j'ai une date réelle. Ça n'a pas été fait du jour au lendemain, boum dans 3 mois vous vous faites opérer, non ça a été suivi, j'ai vu la psychologue plusieurs fois. » [L164-167]

Parmi ces personnes deux exprimaient le fait que cette durée préopératoire plus longue permettait de tester leur motivation à réaliser la chirurgie bariatrique.

P08 : « ça a pris je vous dis de juillet jusqu'à avril ça a pris six mois, six bon mois pour faire toute cette démarche et avoir toujours ce même niveau de motivation pour se faire opérer. » [L101-103]

Parmi ces personnes ayant une phase préopératoire plus longue, la plupart exprimaient le fait que cela était nécessaire pour se laisser un temps de réflexion et de cheminement dans ce projet et pour changer ses habitudes de vie en vue de la chirurgie.

P09 : « j'ai fait à nan, nan, nan moi juin c'est beaucoup trop tôt, y est hors de question je vais me donner encore un peu de réflexion [...] j'ai demandé à avoir encore un délai de réflexion supplémentaire [...] c'est un délai de réflexion qu'on devrait nous donner de façon obligatoire entre guillemet je dirai parce que 6 mois c'est trop court, c'est pas possible de changer toute une vie d'habitude en 6 mois » [L334-339]

- Trois personnes ont eu une durée de phase préopératoire plus courte c'est-à-dire inférieure ou égale à 6 mois.

P05 : « c'était vraiment pour avoir en accéléré on va dire sinon je sais qu'entre la demande d'opération [...] et tous les examens préopératoires il se passe facilement un an d'écart et moi j'avais 3, 4 mois » [L108-110]

b) Modalités d'organisation

- Selon le lieu d'opération les modalités d'organisation de la phase préopératoire sont différentes, trois personnes s'accordaient pour dire que même si il n'y avait pas d'opération à la fin de ce parcours préopératoire ce parcours avait une utilité sur la prise en charge de l'obésité.

P11 : « à la base j'étais pas forcément partie pour faire une opération mais je me disais [...] tout ce qu'on fait avant l'opération c'est-à-dire de voir une diététicienne etc. ça pouvait m'aider au fait. » [L25-27]

- Les différentes modalités d'organisation de cette phase étaient soit :
 - Des réunions de groupe :

Pour quatre personnes la phase d'information préopératoire et de préparation à la chirurgie a consisté à la réalisation de réunion de groupe de personnes en attente ou ayant eu une chirurgie bariatrique.

P02 : « Oui entre nous c'était en groupe [...] on était 5/6 à faire ce programme pour une chirurgie [...] et y a un moment on a rencontré 2 dames qui avait eu, subit cette chirurgie-là, l'anneau gastrique et on a pu discuter ensemble » [L152-155]

Ces personnes signalaient l'importance de cet échange en groupe de patients afin de partager leur expérience et leur vécu.

P09 : « Et le fait de voir des gens qui ont des parcours différents mais qui arrivent avec exactement la même problématique que soi ça remet les choses à sa place on n'est plus le centre du monde et au final » [L353-355]

Deux de ces quatre personnes indiquaient ne pas avoir vu l'intérêt de ces réunions de groupe au début du parcours mais avoir changé d'avis au fur et à mesure des séances.

P09 : « moi me retrouver dans une petite pièce surchauffée avec d'autres obèses ça m'intéressait mais alors pas du tout mais vraiment pas du tout, j'y partais avec des pieds de plomb, je disais nan c'est pas possible » [L245-247]

- Des rendez-vous isolés avec des spécialistes différents :

Une personne a eu des rendez-vous isolés avec chaque spécialiste nécessaire au parcours préopératoire.

P11 : « c'était des bilans à faire chez des spécialistes donc y avait un bilan chez une psychologue, un bilan chez une diététicienne, un bilan chez un cardiologue en fait c'était un rendez-vous pour que chacun valide que j'étais apte à me faire opérer. [...] En fait c'était simplement un rendez-vous avec chacune. » [L87-89, 92]

- Des journées d'information facultatives :

Pour une personne des journées d'information facultatives ont été organisées en préopératoire.

P07 : « C'est une journée d'information, elle est pas obligatoire en fait, fin elle est pas obligatoire pour continuer en fait dans les étapes, en fait ça vous informe, ça vous explique comment ça se passe, les avantages, les inconvénients et tout ça, voilà. »

[L70-72]

- Des cures préopératoires :

Une personne a bénéficié d'une cure avant la chirurgie. Cette cure a consisté à vivre pendant 3 semaines avec d'autres personnes ayant des problèmes d'obésité afin de bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire pour améliorer l'hygiène de vie. Cette cure ne s'adressant pas uniquement aux personnes souhaitant une chirurgie bariatrique mais à toutes les personnes obèses.

P05 : « j'ai fait une cure à G (nom de ville), c'est une cure de 3 semaines en..., c'est une clinique je crois où en fait on réapprend à manger donc le but c'est pas forcément d'avoir l'opération après mais ça permettait en tout cas dans mon cas d'avoir tous les examens préopératoires » [L102-105]

- Une prise en charge dans un centre spécialisé :

Une personne a été prise en charge dans un centre spécialisé d'une structure privé regroupant tous les professionnels impliqués dans le parcours de la chirurgie bariatrique et permettant donc de centraliser tout le parcours des patients.

P09 : « Alors le CELIOBE [...] c'est un centre de l'obésité en fait qui est situé donc à L (nom de la clinique) qui s'occupe d'assembler tous les professionnels dont on a besoin pour le parcours de la chirurgie bariatrique. Donc à l'intérieur du CELIOBE on va avoir accès à tout ce qui fait en fait la possibilité d'avoir accès à la chirurgie bariatrique » [L46-50]

c) Le bilan préopératoire

Pour la plupart des personnes, les examens préopératoires recommandés ont été réalisés.

P06 : « Ouai la fibroscopie, y a tout ça à faire avant l'opération pour voir si on peut se faire opérer justement si y a pas de, y a pas d'inconvénients ou quelque chose comme ça quoi. » [L69-70]

5) Les intervenants

a) Le médecin généraliste

Plusieurs éléments ont été signalés par les personnes concernant l'intervention du médecin généraliste :

- Une personne pensait que son médecin généraliste n'avait pas assez de connaissance dans le domaine de la chirurgie bariatrique pour pouvoir l'informer au mieux.

P07 : « Comme c'est mon médecin traitant [...] mais elle connaissait pas ... je pense qu'elle connaissait pas fin c'est un grand mot mais je pense qu'elle était pas assez, assez informée sur ces sujets-là. » [L312-314]

Même si les personnes reconnaissent une amélioration des connaissances des médecins généralistes sur le sujet depuis quelques années.

P07 : « je pense maintenant elle est un peu plus informée parce que ma mère s'est fait opérer là au mois de mai va y avoir 1 an, elle est un peu plus présente dans son suivi ». [L423-425]

Pour une des personnes interviewée, le manque de connaissance de son médecin généraliste dans ce domaine n'était pas un obstacle pour le suivi car son médecin s'était renseigné sur le sujet.

P11 : « mon médecin traitant [...] à chaque fois il se renseigne voilà et moi je trouve ça super au fait parce que je sais que s'il n'a pas forcément toutes les infos parce qu'on peut pas tout savoir sur tout, surtout la chirurgie bariatrique c'est un domaine qui est particulier je sais que la fois d'après il aura été se renseigner » [L383-388]

- Trois personnes ont ressenti une réticence de la part de leur médecin généraliste envers la chirurgie bariatrique.

P01 : « elle avait un peu peur sur certains points [...] on a toujours peur du suivi et de l'état de santé des patients forcément, c'était plus dans ce sens-là qu'elle avait peur, en soi la chirurgie en elle-même elle est telle qu'elle est mais plus la facilité de la chose en fait je pense que les médecins traitants sont plus réticents. » [L237-242]

- Une personne n'a pas consulté son médecin généraliste avant de se faire opérer ou ne l'a pas informé.

P06 : « Bin mon médecin n'était pas au courant donc euh, je lui ai dit après en fait que j'avais fait tout ça ... » [L77-78]

Trois personnes ont au contraire signalé le rôle important de la discussion préopératoire avec leur médecin généraliste pour prendre leur décision.

P04 : « Alors au niveau du suivi, déjà depuis le début je lui en avais parlé, je voulais aussi son aval également, je voulais avoir un petit peu son ressenti sur l'opération ect. » [L199-200]

b) Le chirurgien

- Deux personnes signalaient l'importance que le chirurgien soit rassurant et met en confiance car l'une d'entre elles a changé de chirurgien de ce fait.

P10 : « c'était un grand bonhomme qui donnait pas trop envie d'aller se faire opérer au début par lui [...] un chirurgien bariatrique, bin je sais pas il était vraiment impressionnant, pas avoir ce contact facile, pas froid du tout, c'était pas quelqu'un de froid mais je sais pas à ce moment-là ça n'a pas passé. » [L79, 81-83]

- Une personne exprimait le fait que le choix du chirurgien revenait au patient avec une liberté de choix des professionnels de santé.

P09 : « on sait que de toute façon quoi qu'il arrive si ça va pas avec un chirurgien on peut aller en voir un autre » [L92-93]

- Une personne avait apprécié que le chirurgien soit franc avec elle dans les bénéfices attendus de la chirurgie.

P09 : « Alors moi j'étais contente du fait que ce soit un médecin qui soit assez cash après je me dis que d'autres personnes peuvent très mal le vivre donc c'est vraiment en fonction de la personnalité des gens » [L90-92]

c) Sur la diététique et la nutrition

- Six personnes ont signalé l'importance de l'intervention de la diététicienne afin d'apprendre à nouveau les règles hygiéno-diététiques qui sont complémentaires à la chirurgie.

P06 : « La diététicienne c'était tout ce qui était [...] apprendre à manger en fait c'est euh bin mettons prendre une bouchée on pose son, sa fourchette pour dire de bien mastiquer » [L131-134]

- Trois personnes ont indiqué n'avoir pas eu de prévention avec rappel des règles hygiéno-diététiques ou d'accompagnement pour l'obésité avant d'entrer dans le parcours de la chirurgie bariatrique par un professionnel de santé.

P09 : « au niveau de la nutrition la levée de la restriction cognitive et ça était une révélation mais la vraie révélation j'ai fait mais pourquoi, je leur ai dit d'ailleurs mais pourquoi ça on nous l'apprend pas quand on est en CP » [L277-280]

d) Sur le plan psychologique

- Huit personnes ont précisé avoir rencontré une psychologue ou psychiatre dans la phase préopératoire car cela fait partie du parcours préopératoire décrit par la HAS.

P01 : « où j'ai vu un psychologue, donc à part en privé, à la demande du chirurgien, parce qu'il fallait qu'il ait le rapport du psychologue pour indiquer que mentalement parlant on se sent bien, etc » [L87-89].

Parmi les raisons de cette préparation psychologique avant l'opération, les raisons évoquées par les personnes étaient :

- Une partie de ces personnes indiquaient que la rencontre avec un psychologue ou psychiatre permettait de voir s'ils étaient aptes ou non à réaliser la chirurgie bariatrique.

P10 : « psychologique [...] bon c'est quelqu'un de professionnel qui décide quand même ce qui, si on est bien apte comment on peut dire si on est bien dans nos baskets avant de se lancer dans une opération » [L159-163]

- Une des personnes exprimait que selon elle l'obésité était une maladie avec une composante psychologique d'où l'intérêt de la prise en charge psychologique, d'autres personnes ont indiqué également que leur prise de poids était liée à des évènements de vie ou problèmes psychologiques.

P09 : « de toute façon l'obésité c'est une maladie psy au départ, ça joue énormément » [L923-924]

- Une des raisons à cette préparation évoquée par certaines personnes était la préparation aux changements et conséquences de la chirurgie.

P01 : « je pense vous dégagez une autre image, vous prenez de l'assurance donc forcément automatiquement vous changez, ça aussi c'est un travail à faire avec la psychologue en amont » [L289-291]

- Mais trois personnes regrettaient le manque de travail psychologique sur la préparation au changement, aux conséquences physiques et psychologiques de la chirurgie.

P04 : « Non on est pas préparé, nan, nan on est pas préparé, fin quand je dis on est pas préparé on espère perdre autant de poids mais on se doute pas de ce que ça va engendrer derrière en fait ». [L92-94]

e) Prise en charge pluridisciplinaire

Dans cette phase préopératoire toutes les personnes ont eu une prise en charge pluridisciplinaire avec différents intervenants.

P09 : « j'ai vu, revu le psychologue, j'ai vu la nutritionniste plusieurs fois, j'ai revu le médecin du CELIOBE plusieurs fois, le chirurgien, y a eu donc le suivi avec tout ce qui était TOGD, la fibroscopie... ». [L322-324]

6) Le patient

a) L'entourage du patient

- Huit personnes évoquaient le rôle important de l'entourage pour les accompagner dans ce parcours chirurgical et l'importance de les informer voir de les impliquer dans le parcours préopératoire.

P01 : « Très importante, elle est hyper importante dans le sens où si vous êtes mariés ou en vie conjointe, il faut partager même à votre entourage ou à vos parents, il faut partager l'expérience que vous allez vivre, leur expliquer comment ça va se passer [...] je ne cachais rien de ce que je faisais » [L280-284].

- Cinq personnes déploraient le manque d'information des proches et d'implication dans ce parcours de santé.

P01 : « il détaille tout sur la chirurgie dans une grande salle et là on peut venir avec nos proches. Donc là j'ai trouvé ça génial et malheureusement on voyait que les patients et pas leur proche » [L301-303].

- Trois personnes ont pu aller à des réunions d'information avec leur famille.

P09 : « on est allé à [...] une réunion d'information y avait, où on pouvait poser toutes les questions qu'on voulait donc c'était des réunions y avait plusieurs familles. »

[L933-935]

- Deux personnes signalaient que l'accord de l'entourage avait été demandé pour l'opération.

P08 : « Bin il (le mari de la personne) devait signer un courrier comme quoi il était ... qu'il avait pris en considération faudrait [...], qu'il avait pris en considération ma demande et qu'il était bien aligné avec ce que je souhaitais faire et tout ça. » [L337-339]

b) Le déclic

- Sept personnes ont expliqué qu'il existait tout un cheminement personnel, une préparation avant de décider de se faire opérer, avec la notion de déclic selon eux les amenant à entrer dans ce parcours de santé de la chirurgie bariatrique.

P08 : « je pense que la chirurgie bariatrique elle a besoin d'un cheminement intellectuel, c'est à dire qu'on se fait pas opérer d'un bypass ou d'un anneau en 8 jours » [L69-71]

- Trois personnes précisait que quelques années avant de se faire opérer elles avaient déjà rencontré un chirurgien bariatrique mais avaient abandonné le projet à cette époque ne se sentant pas prêtes.

P01 : « Sachant qu'en plus de ça, quelques années avant de prendre la décision de cette opération, j'avais déjà rencontré Dr X (chirurgien) [...] il m'avait dit non je ne vous opérerais pas car vous n'êtes pas mentalement pour le moment prête pour le faire, donc je ne veux pas vous opérer » [L92-95].

c) Attente du patient

Deux personnes précisait avoir des attentes des bénéfices de la chirurgie bariatrique réalistes par rapport à d'autres personnes se faisant opérer.

P09 : « je lui ai répondu tout de suite moi quoi qu'il arrive mon but c'est pas du tout d'arriver à un 34, je veux passer en dessous des 100 kilos et il m'a fait voilà là on a un but qui est complètement acceptable ok. » [L76-78]

d) Conscience des risques

- Quatre personnes signalait la nécessité d'être conscient des risques entraînés par la chirurgie avant de se faire opérer.

P01 : « Encore une fois faire cette opération c'est pas rien, il faut vraiment être bien dans sa tête et savoir ce qu'on fait, parce que c'est par rien, on s'inflige quelque chose, donc c'est important. » [L89-91]

- Deux personnes expliquaient qu'en phase préopératoire il y avait eu un déni de la réalité et notamment des conséquences de la chirurgie bariatrique, des changements qu'elle peut engendrer même si on leur avait donné ces informations car elles étaient dans l'euphorie de la situation et ne voyaient que des bénéfices à la chirurgie.

P 11 : « on écoute pas on est dans l'euphorie de se dire cette opération c'est magique ça va me sauver la vie en fait déjà c'est pas du tout magique et ça peut faire des dégâts psychologiques en fait. »

IV. Phase postopératoire immédiate (le premier mois après l'intervention chirurgicale)

1) Vécu du patient

Concernant le vécu des personnes opérées d'une chirurgie bariatrique :

- Quatre personnes soulignaient l'écoute et la disponibilité du personnel médical dans cette phase postopératoire immédiate.

P09 : « par contre ils trouvaient des solutions pour tout donc pour ça ils ont été hyper réactifs [...] Vraiment dès qu'y avait quelque chose ils étaient quand même au petit soin pour que j'ai plus mal, plus de nausées. Ils cherchaient quoi qu'il arrive. » [L458-462]

- Une personne regrettait de ne pas avoir eu assez d'information sur cette phase postopératoire précoce.

P09 : « En fait l'opération on a l'impression qu'elle vient dans la poursuite du parcours en gros c'est un passage obligé et que cette période-là en fait j'ai l'impression qu'on la, qu'on la shunte beaucoup dans le préopératoire. » [L427-429]

Cette personne aurait souhaité avoir le vécu d'autres personnes ayant eu une chirurgie bariatrique sur cette période.

P09 : « mais moi j'avais besoin d'avoir des gens qui l'ont vécu qui viennent me dire, bin moi je vais dire franchement j'ai eu mal, ce qui m'a soulagé c'est de prendre du jus de pomme frais ». [L434-436]

2) Difficultés ressenties

Certaines difficultés étaient ressenties dès cette phase :

- Une personne signalait des douleurs postopératoires importantes.

P09 : « alors réellement j'ai pris une claque comme j'ai jamais pris de claque dans ma vie [...] j'ai vraiment vraiment eu mal, j'étais pas bien, j'ai pleuré comme une madeleine, le lendemain de l'opération je pleurais en disant mais pourquoi j'ai fait un truc pareil » [L393-396]

- Deux personnes exprimaient des difficultés les premières semaines en raison de la fatigue et de la perte de poids importante.

P11 : « Alors premièrement la fatigue, la fatigue de la perte de poids on devient un petit peu plus agressive, un peu plus irritable, on ... voilà on se permet de dire des choses et d'être d'une certaine façon parce qu'on est fatigué déjà » [L209-211]

- Une personne avait eu des difficultés avec l'alimentation postopératoire notamment les quantités alimentaires.

P11 : « quand j'ai vu les quantités après l'opération ça c'était vraiment une inquiétude que j'ai eu au début [...] je savais qu'on allait manger peu mais je n'avais pas conscience de ... que ce soit vraiment si peu, voilà. » [L156-157,161-163]

V. Phase postopératoire à court terme (les deux premières années après l'opération)

1) L'organisation du suivi

- Sept personnes indiquaient un suivi plus fréquent en postopératoire avec surtout un suivi en hospitalier ou avec le chirurgien.

P04 : « Ouai, bin juste après l'intervention on a des rendez-vous tous les mois avec le chirurgien donc postopératoire [...] la nutritionniste, euh psychologue et puis euh voilà. Donc euh ça dure genre je vais vous dire trois, quatre mois et après voilà quoi. » [L27-30]

- Une personne signalait que le suivi postopératoire précoce avait été effectué par son médecin généraliste.

P09 : « ils nous ont dit immédiatement de toute façon au CELIOBE en postopératoire on va pas commencer à vous revoir tout de suite, allez voir votre médecin généraliste. » [L494-495]

2) Le patient

a) Lune de Miel

Une personne expliquait que le suivi la première année était facilité par ce qu'elle explique être la phase de lune de miel où elle ne voyait que les bénéfices de la chirurgie.

P09 : « la première année on est vraiment dans l'action, on est dans le gros de la perte de poids, on voit les effets, les gens nous en parlent tout le temps, c'est bin c'est cette fameuse période de la lune de miel, [...] c'est hyper encourageant quand on va voir les médecins qu'ils nous disent que ça se passe bien que fin voilà. »

[L606-611]

b) Entourage

Trois personnes exprimaient avoir eu des difficultés à voir le regard des autres changer concernant leur physique.

P11 : « les autres changent de regard sur vous avant que vous-même vous n'ayez changé votre propre regard et ça je l'ai beaucoup ressenti la première année et en fait je sais qu'en ce qui me concerne je l'ai ressenti de manière très agressive »

[L183-186]

c) Accompagnement

Une personne regrettait de ne pas avoir eu d'accompagnement pour la reprise d'une activité physique.

P10 : « moi j'ai fait 130 kilos et de recommencer un sport avec les kilos [...] bah là on est seul, seul à nous-même et c'est vrai que ça devrait être plus mis en place de voir quelqu'un, un professionnel [...] qui vous dise il faudrait faire ça, remarcher une heure, peut-être pas faire des abdos mais recommencer à faire des activités

sportives. » [L480-485]

VI. Phase postopératoire long terme

1) Organisation du suivi postopératoire

a) Les rendez-vous

Plusieurs problématiques ont été soulevées concernant les rendez-vous :

- Sept personnes regrettaient l'absence de programmation des rendez-vous et l'absence de relance en cas d'oubli de prendre un rendez-vous de suivi.

P01 : « Disons que nous si on ne prend pas l'initiative, de nous-même prendre le rendez-vous ou autre, on ne vient pas à nous [...] c'est vrai que ça serait sympa de recevoir un courrier : voilà on vous a pas vu depuis longtemps merci de prendre rendez-vous ou des choses comme ça. » [L148-151]

Trois personnes avaient des rendez-vous programmés à l'avance et systématiquement ou une relance pour les rendez-vous.

P06 : « Ouai, il nous dit vous venez dans 6 mois donc on va voir les secrétaires elles nous donnent le rendez-vous tout de suite. » [L173-174]

Mais parmi ces trois personnes une regrettait cette programmation et relance systématique des rendez-vous se sentant infantilisé par un excès d'organisation.

P09 : « c'est oppressant d'avoir le rappel constamment, je vous envoie un mail il faut aller faire votre prise de sang votre rendez-vous c'est tel jour [...] ah un moment donné et oh les mecs c'est bon, je peux me gérer un peu quoi j'avais l'impression qu'on voulait un peu trop me prendre par la main, c'était peut-être un peu trop »

[L548-552]

- Trois personnes précisait que lorsqu'un rendez-vous était obligatoire, elles étaient plus assidues à ce rendez-vous contrairement aux autres rendez-vous, cela favorisait l'adhérence au suivi.

P04 : « c'est des rendez-vous obligatoires les premiers mois après l'opération et après c'est plus obligatoire donc si on veut continuer à y aller on y va sinon on y va plus et puis voilà. » [L42-44]

- Une des personnes s'était vu également annuler des rendez-vous.

P03 : « entre deux j'avais un rendez-vous c'est au mois de mars, j'ai téléphoné ils m'ont dit faut l'annuler ça sert à rien [...]. Du fait que j'ai dit que j'ai perdu 10 kilos » [L62-63,69-70]

b) Modalités d'organisation de suivi

Les personnes signalait la différence de pratiques selon le lieu d'intervention.

P07 : « Moi je pense suivant les établissements y a des suivis différents. » [L441]

En ce qui concerne les modalités d'organisation de ce suivi en postopératoire, elles sont différentes d'un hôpital à l'autre pour une même intervention avec par exemple :

- Des suivis en hôpitaux de jour

Pour quatre personnes le suivi a été fait en hôpitaux de jour, où tous les examens et toutes les consultations étaient regroupés en une journée sur un même lieu.

P02 : « il y a un suivi en hôpital de jour [...] 1 mois après l'intervention donc là on revoit le médecin de l'hôpital de jour, le chirurgien, la diététicienne, la psychologue et comment on appelle ça un éducateur sportif sur la même journée en fait c'est une, c'est des rendez-vous programmés sur une seule journée donc à 1 mois, ensuite à 6 mois et après à 1 an, à peu près les dates [L27-31]

- Des réunions de groupe de patients postopératoire

Deux personnes ont eu des réunions de groupe de patients pour leur suivi postopératoire leur permettant d'échanger sur le vécu de la chirurgie.

P05 : « on était avec des groupes soit de personnes déjà opérées et pas forcément la même période que nous ou des personnes qui allaient se faire opérer, qui étaient en préopératoire donc ça permet aussi d'échanger en fait et de rencontrer d'autres personnes dans la même problématique donc ça c'est sympa. » [L59-63]

- La réalisation des examens en externe

Une des personnes a signalé qu'elle devait réaliser les examens complémentaires en amont du rendez-vous à l'hôpital donc en externe et l'a vécu comme une charge de travail supplémentaire.

P05 : « c'est qu'une journée à l'hôpital, et faut qu'on arrive ce jour-là avec des examens qu'on a fait avant donc après est-ce que c'est plus simple ou pas.

[...] Du coup ça me fait prendre des rendez-vous, ça me fait, ça fait une charge de travail en plus pour le patient quoi. » [L363-365,372-373]

Deux personnes ont précisé qu'elles préféreraient gérer elle-même leur suivi postopératoire pour conserver une certaine liberté.

P08 : « Bin pour moi ça me donne ce degré de liberté, ça me laisse gérer mon corps comme je l'entends et que je suis pas liée au système de santé » [L310-312]

c) Uniformisation des pratiques

- Le suivi pour une même chirurgie bariatrique n'était pas toujours le même par exemple pour deux personnes ayant eu une sleeve, pour l'une les vitamines ont été recommandées à vie :

P11 : « c'est justement le docteur C (nom du médecin traitant) qui m'a dit si si c'est à vie chaque fois que vous les arrêterez bin vous allez être carencé » [L435-437]

Pour l'autre personne, les vitamines n'ont pas été recommandées à vie :

P09 : « quand on fait un bypass on va être sous vitamines à vie, quand on est sous sleeve normalement avec l'alimentation au bout d'un moment on peut finir par s'en passer et l'alimentation va venir combler la totalité de l'apport en vitamines. » [L679-681]

- Certaines personnes ont indiqué ne pas avoir de protocole précis pour le suivi biologique. Il était mis en place lorsque la personne présentait un problème de santé et n'était pas réalisé dans le cadre préventif.

P01 : « Oui de temps en temps on fait des petits bilans sanguins quand on voit que je suis un peu faible ou autre on refait un petit bilan pour être sûr que tout va bien ou autre, que je ne fais pas une grosse carence. » [L68-70]

d) Outils, aides

Quatre personnes ont eu des outils pour le suivi avec pour deux d'entre elles des applications mobiles pour suivre la perte pondérale et pour les deux autres des fiches de suivi surtout alimentaire.

P04 : « Oui j'avais, mais c'était pour la perte de poids [...] j'avais une application je sais même plus comment elle s'appelle, où on rentre son poids à chaque fois qu'on se pèse en fait et du coup on voit l'évolution bin de l'IMC, la perte de poids... »

[L276-278]

e) Régularité du suivi

Cinq personnes estimaient avoir un suivi à intervalle régulier en phase postopératoire même s'ils ne savaient pas toujours combien de temps il allait durer et s'il serait à vie ce suivi.

P07 : « Et puis après bin j'ai été suivie régulièrement : 1 mois, 2 mois, 3 mois, 6 mois, 9 mois, 12 mois, un an bin 12 mois, 18 mois, 24 mois. Et là tous les ans, voilà. » [L54-56]

Cinq personnes signalaient que le suivi était surtout chirurgical mais pas forcément psychologique et diététique.

P10 : « je ne voyais plus personne, je ne voyais que le chirurgien. » [L250]

f) Financement

- Trois personnes signalaient que l'opération n'avait pas été remboursée intégralement car elles s'étaient fait opérer dans le privé.

P04 : « ouai c'est ça, après moi je me suis fait opérer dans le privé de ce fait tout était payant » [L236]

Deux de ces personnes regrettaient que le prix n'était pas le même selon la personne pour une même opération.

P10 : « là vous savez que les mêmes opérations c'est pas les mêmes tarifs qu'y en a, ils ont négocié, moi [...] j'en avais plus de 2000 euros qu'y en a ils négocient leur frais et tout compte fait ils sont baissés en dessous de 1500 euros. Vous dites zut tout compte fait c'est un peu à la tête du client. » [L360-364]

- Une personne indiquait aussi le coût élevé de la chirurgie esthétique.

P11 : « c'est des sacrifices financiers parce que moi là en chirurgie réparatrice, je parle pas de la sleeve, chirurgie réparatrice j'en suis à 10 000 euros de ma poche en trois ans » [L509-511]

- Trois personnes ont indiqué que le coût financier aussi bien du suivi médical que paramédical avait été un obstacle.

P11 : « En fait nan l'aspect financier c'était quand même 90% de la raison, des raisons pour lesquelles j'ai arrêté voilà parce que c'était pas évident » [L293-294]

- Quatre personnes spécifiaient que les vitamines étaient non remboursées mais que ce n'était pas un frein car elles le savaient et que la chirurgie ne leur avait pas été imposée.

P01 : « Pour moi non, car c'est quelque chose que j'ai voulu donc je pars du principe que je savais que j'allais avoir des vitamines et des médicaments derrière donc ce n'est pas un frein pour moi aujourd'hui. » [L115-117]

g) Différence d'organisation selon le lieu d'intervention

- Pour l'organisation du suivi postopératoire, les quatre personnes ayant été opérées dans un hôpital public ou privé mais à but non lucratif, avaient un suivi sous forme d'hôpitaux de jour où la plupart des professions médicales et paramédicales impliquées dans le suivi pouvaient être rencontrées

P02 : « il y a un suivi en hôpital de jour à à à (réfléchit) 1 mois après l'intervention donc là on revoit le médecin de l'hôpital de jour, le chirurgien, la diététicienne, la psychologue et comment on appelle ça un éducateur sportif sur la même journée »

[L27-29]

Pour les personnes opérées en privé (sauf deux de ces sept personnes qui n'ont réalisé aucun suivi postopératoire) le suivi postopératoire était réalisé sous forme de consultation et principalement des consultations avec le chirurgien uniquement.

P06 : « c'est vraiment le chirurgien qui m'a opéré que je rencontre, y regarde ma prise de sang voir si elle est bonne, donc tout ce qui est le fer, les vitamines et tout, après il nous pèse, il regarde » [L35-37]

- Parmi les quatre personnes ayant été opérées dans un hôpital public ou privé à but lucratif toutes ont encore un suivi par au moins le chirurgien même si ce suivi n'est pas régulier.

P03 : « j'ai été opéré au mois d'août, 1 mois après j'ai été suivi là-bas, 1 mois, 3 mois, 6 mois, 1 an. Et là j'y revais au mois d'août ça fera 2 ans. » [L43-45]

Parmi les sept personnes opérées en secteur privé, quatre n'ont plus de suivi avec le chirurgien ou l'équipe hospitalière.

P08 : « clairement le suivi il est très léger. C'est-à-dire ... là je suis en train de regarder en fait je n'ai plus revu le Dr M (nom du chirurgien) depuis 2016, fin février 2016. » [L59-60]

- Trois personnes s'étant fait opérer dans le privé ont signalé l'absence de prise en charge financière du suivi intégralement contrairement au secteur public.

P11 : « financièrement je ne pouvais plus y aller vu que j'avais tout fait en privé j'avais une grosse part à ma charge en fait à chaque consultation et financièrement je ne suivais plus. » [L168-170]

2) Les intervenants

a) Le médecin généraliste

- Six personnes n'avaient pas un suivi régulier et spécifique par le médecin généraliste concernant leur chirurgie bariatrique.

P06 : « Bin rien, elle fait rien en fait, elle reçoit les prises de sang que le chirurgien il a prescrit mais y a rien qui ... » [L89-90]

Deux personnes précisait avoir déménagé ce qui ne facilitait pas le suivi par le médecin généraliste.

P10 : « Bah après moi le souci c'est que j'ai déménagé quand même pas mal de fois, j'ai changé assez régulièrement de médecin traitant » [L423-424]

- La vision du rôle du médecin généraliste dans ce parcours de santé postopératoire est différente d'une personne à l'autre.

Cinq personnes pensaient que le médecin généraliste avait une part importante dans ce suivi surtout un rôle d'accompagnateur dans ce parcours.

P05 : « j'attends aussi de la part de mon médecin de me dire bin quand, quand par exemple je dois, ça fait trop longtemps que j'ai pas fait de prise de sang que j'en refasse une, j'attends un petit peu de réactivité de sa part » [L152-154]

Quatre personnes ne voyaient pas le rôle que pouvait avoir le médecin généraliste dans leur suivi post chirurgie bariatrique.

P02 : « Il est pas très, c'est vrai il pose des questions mais sans plus quoi. Après moi ça me dérange pas qu'il s'investisse pas, bin pas s'investir, vu que je vois pas le rôle qu'il pourrait avoir là dedans. Il est au courant mais... moi ça me dérange pas, il est au courant et puis c'est tout quoi. » [L282-284]

b) Le chirurgien

- Le suivi chirurgical consistait pour les personnes continuant à voir le chirurgien à contrôler la perte de poids, voir l'absence de complications en lien avec la chirurgie.

P06 : « je vais encore tous les 6 mois voir le chirurgien, donc avec la prise de sang, regarder le poids si tout va bien. » [L26-27]

Une des personnes signalait que le suivi par le chirurgien n'était pas complet selon elle.

P10 : « Alors le suivi là pour le coup je l'ai trouvé un peu plus laxiste parce que j'avais comme je vous ai dit la dernière fois des prises de sang vraiment basiques, j'avais plus de prises de sang complètes » [L218-220]

- Une personne signalait un manque d'écoute de la part de son chirurgien et décrivait le rôle du chirurgien comme un commercial.

P10 : « il m'a dit pour moi il faudrait envisager un bypass mais j'étais à 95 kilos, 95-96 kilos pour 1m65 [...] vraiment j'ai l'impression qu'il m'a proposé un bypass comme on propose une paire de chaussures si je puis dire » [L271-276]

c) Chirurgien esthétique

Une personne signalait que le chirurgien esthétique avait un rôle important dans le suivi notamment qu'il prenait le relais du chirurgien bariatrique dans son cas car elle n'était plus suivie par le chirurgien bariatrique.

P11 : « je vois régulièrement mon chirurgien esthétique [...] c'est pas un chirurgien bariatrique hein mais à chaque fois, à chaque contrôle il regarde, il regarde si je fais attention, il me pose des questions parce qu'il sait que je ne suis plus suivie au fait.

Donc il essaye de prendre un petit peu le relais. » [L325-329]

d) Professions paramédicales : diététicienne, psychologue, ...

Toutes les personnes (11 sur 11) ont arrêté rapidement le suivi soit avec la psychologue soit avec la diététicienne soit avec les 2.

P06 : « on pouvait retourner voir [...] la diététicienne et puis la psychologue mais euh je suis pas retournée. » [L43-44]

Parmi les causes évoquées pour cette rupture de suivi, les personnes évoquaient notamment le non remboursement des consultations de ces 2 professions.

P04 : « donc même la consultation du psychologue c'était 50 euros à chaque fois et bon bin on a pas tous forcément les moyens de mettre 50 euros par mois dans un psychologue quoi. » [L237-238]

e) Compétences des soignants

- Les qualités appréciées par les personnes étaient :

- Huit personnes appréciaient la disponibilité de l'équipe soignante de façon générale en cas de problèmes en lien avec la chirurgie.

P02 : « Rassurée parce qu'ils nous ont dit qu'on pouvait même si on avait pas rendez-vous tout de suite en hôpital de jour on pouvait les appeler pour discuter si il y avait un souci » [L230-231]

- Une personne estimait important d'avoir à chaque fois les mêmes soignants et intervenants pour le suivi.

P02 : « il y a un suivi en hôpital de jour à à à (réfléchit) 1 mois après l'intervention donc là on revoit le médecin de l'hôpital de jour, le chirurgien, la diététicienne, la psychologue et comment on appelle ça un éducateur sportif sur la même journée en fait c'est une, c'est des rendez-vous programmés sur une seule journée donc à 1 mois, ensuite à 6 mois et après à 1 an, à peu près les dates. Et à chaque fois on revoit les mêmes intervenants, les mêmes médecins. » [L27-31]

- Les problématiques évoquées par les personnes étaient :

- Une personne a reproché au personnel soignant d'une façon générale son manque d'empathie envers les patients.

P05 « Bin un peu plus d'empathie envers les clients, voilà je pense à mon côté végétalien [...] je comprends pourquoi ils mettent des réserves mais d'être totalement fermé c'est blessant. » [L238-240, 242-243]

- Trois personnes regrettaient le manque de connaissance du personnel soignant dans le domaine de la chirurgie bariatrique.

P07 : « tout médecin ne connaît pas forcément, ils sont pas bien informés moi je dis, par exemple la gynéco elle a dû appeler à Y pour avoir ... pour être bien informée sur le sujet » [L281-283]

f) Suivi pluridisciplinaire

- Pour certaines personnes le suivi est réalisé intégralement à l'hôpital :

P07 : « C'est pas qu'elle a pas de rôle c'est que ... vu que je suis suivi régulièrement à Y (hôpital), elle elle reçoit juste les, elle suit simplement les comptes rendus quoi. » [L307-308]

Alors que d'autres sont suivies par leur médecin généraliste :

P11 : « Alors moi je suis suivie par le docteur C (nom du médecin généraliste) qui a eu une grande place au fait dans le suivi, c'est, c'est lui qui a fait le plus le suivi au fait de tout, c'est lui qui a, que je vois régulièrement que voilà. » [L381-383]

- Trois personnes indiquaient un manque de communication entre l'hôpital et le médecin généraliste.

P02 : « Bin comme tout se passe bien, je pense que, lui il reçoit les courriers, y a quand même un suivi avec lui. Mais y a pas de contact entre chir, entre les [...].

En fait y a pas son mot à dire, c'est à eux ... ». [L252-253,264]

Même si trois personnes signalaient que des courriers sont envoyés par l'hôpital à leur médecin généraliste.

P07 : « elle reçoit [...] tous les comptes rendus de mes examens, tous mes rendez-vous, obligatoirement elle les recevait » [L299-300]

- Une personne indiquait que le suivi était divisé en deux parties avec d'un côté la partie chirurgicale et d'un autre côté la partie psychologique et diététique.

P05 : « je sais qu'y a deux parties pour le suivi y a partie tout ce qui est alimentaire, psychologique et en fait y a toute la partie chirurgie en fait [...] ils séparent un petit peu ces deux parties en fait » [L385-390]

3) Le patient

a) Image corporelle

- Sept personnes signalaient une meilleure perception de leur corps, une meilleure acceptation de leur image car elles se sentaient mieux avec la perte de poids engendrée par l'opération.

P04 : « oui je m'aime plus, dans le miroir j'apprécie plus ce que je vois » [L121]

Même après l'opération et la perte de poids, cinq personnes avaient encore des complexes voir des difficultés à accepter leur corps.

P07 : « mais même se regarder dans une glace moi je le fais toujours pas [...] je vais pas me regarder dans une glace ça c'est clair. » [L215-218]

- Pour trois personnes la chirurgie esthétique était un des moyens qui permettait de remédier à certains de leur complexe.

P05 : « j'ai fait deux opérations de chirurgie réparatrice donc j'ai fait un body-lift et j'ai fait la face interne des cuisses aussi donc du coup ça aide quand même. » [L185-187]

b) Vécu du patient

Toutes les personnes s'accordaient sur le fait que la chirurgie bariatrique entraînait de nombreux changements dans leur vie et pas uniquement corporel, aussi bien relationnel, psychologique, sur la personnalité.

P04 : « oui, y a tout qui change en fait au final, en fin de compte y a pas que l'apparence physique » [L82-83]

Pour trois personnes la plus grande difficulté était l'acceptation de ce changement surtout sur le plan psychologique.

P07 : « je m'accepte toujours pas, parce que ça aussi c'est le mental aussi, parce que la perte de poids oui vous changez votre corps vous êtes bien mais euh psychologiquement je pense pas ... » [L220-222]

c) Observance

- L'observance à la fois des règles hygiéno-diététiques, du traitement notamment vitaminique est un élément important du suivi postopératoire mais variable d'une personne à l'autre. Une partie des personnes respectaient ces mesures :

P01 : « Je continue à suivre les instructions qu'on m'a donné » [L168-169]

Mais six personnes signalaient que l'observance surtout des règles hygiéno-diététiques était difficile à tenir sur le long terme car leurs anciennes habitudes alimentaires reprenaient le dessus et le respect des consignes notamment alimentaire était difficile à mêler avec la vie quotidienne notamment familiale, engendrant une reprise de poids.

P07 : « à un moment donné en fait votre train-train y arrive tellement tellement tellement tellement qu'en fait voilà, vous perdez vite l'habitude de faire ce qu'il faut. »

[L360-362]

- La non observance des règles hygiéno-diététiques et des prises de vitamines a engendré des carences chez deux personnes.

P05 « en fait j'ai une très très grosse carence en fer [...] après j'avoue je suis pas du tout cachet donc si c'est du naturel ça passe si c'est des cachets de pharmacie c'est franchement pas mon truc » [L71,129-130]

d) Implication du patient

Une personne a signalé l'importance d'être impliqué dans son parcours de chirurgie bariatrique aussi bien avant la chirurgie qu'après, avec une certaine motivation.

P01 : « Après la particularité c'est que ce n'est pas eux qui vont venir à nous pour le suivi. C'est aussi à nous à s'acheter une conduite. [...]. S'ils ne prennent pas leur rendez-vous, effectivement ils ne seront pas suivis et ils peuvent dire qu'ils n'ont pas de suivi effectivement. » [L29-33]

Une personne signalait que l'investissement était à double sens aussi bien du médecin que de la personne opérée.

P05 : « Je pense que c'est normal, voilà quand j'ai des périodes où je me sens un peu faible ou alors quand c'est l'hiver bon tient je suis ... je lui demande aussi, par rapport à ma dernière prise de sang est-ce que c'est judicieux d'en [...] ou alors c'est le médecin quand je vais en consultation [...] là elle me dit ah ça fait longtemps qu'on a pas fait une prise de sang je vais vous en remettre une, c'est ça, ça fonctionne des deux côtés. » [L281-286]

e) Rupture du suivi

- Certaines personnes ont rompu leur suivi soit totalement soit partiellement avec certains membres de l'équipe pluridisciplinaire.

P11 : « Alors au niveau du suivi j'allais voir le chirurgien la première année après je n'y suis plus allée, je n'y suis plus allée » [L167-168]

Trois personnes ont exprimé présenter des regrets d'avoir rompu leur suivi.

P04 : « si j'avais su tout ce qui allait suivre après, oui j'aurai peut-être continué à voir la psychologue » [L86-87]

Plusieurs raisons sont évoquées par les personnes pour expliquer cette rupture du suivi :

- Six personnes déclaraient ne pas présenter de problèmes ou de symptômes particuliers et donc n'avaient pas conscience de l'intérêt de poursuivre un suivi.

P04 : « on suppose toujours que tout va bien, euh au niveau de ma santé ça se passait super bien, je perdais le poids que j'avais besoin de perdre [...] j'avais pris des bonnes habitudes donc pour moi la nutritionniste voilà quoi. » [L64-67]

- Une personne a évoqué la peur de réaliser certains examens du suivi, la dissuadant donc de continuer le suivi.

P05 : « ou j'ai trainé parce qu'y a un examen que je ne supporte absolument pas donc bin forcément j'ai pas envie d'y aller. » [L42-43]

- Pour trois personnes le manque de temps était une des raisons de la rupture du suivi.

P06 : « Pas eu le temps de reprendre rendez-vous » [L53]

Une personne évoquait que le suivi était pour elle une perte de temps.

P08 : « Pour moi c'était une perte de temps, parce que j'avais pas forcément besoin d'un suivi, tout se passait bien » [L294-295]

- Une personne disait avoir oublié de prendre les rendez-vous du suivi.

P05 : « après ils ont dit tous les 5 ans, à vie du coup, bon celui des 5 ans je l'ai, je l'ai un peu zappé et je l'ai fait en fait en juillet l'année dernière donc au lieu de 5 ans j'ai fait à 8 ans » [L23-24]

- Pour quatre personnes la distance entre le domicile et le lieu de suivi était un obstacle au suivi.

P03 : « Bin c'est loin, ouai, c'est pas évident, c'est pas évident.[...] Bin fallait faire la route [...] je faisais 3 heures de route aller-retour pour 20 minutes » [L269, 271-272]

- Deux personnes exprimaient avoir arrêté le suivi car elles en avaient marre du suivi.

P09 : « j'ai eu un ras le bol de voir des médecins et j'avais pas forcément très très envie de me refaire piquer, machin. » [L540-541]

L'une d'elle évoquait comme raison de ce « ras le bol » le besoin de liberté dans son suivi.

P09 : « c'est ce côté oppressant à un moment donné je me suis dit maintenant que je n'ai plus cette question de poids qui me gêne j'aimerais bien qu'on me lâche la grappe, allez c'est bon tu peux tenter le roue libre » [L899-900]

- Deux personnes évoquaient l'aspect financier comme cause de rupture du suivi avec le nom remboursement.

P11 : « financièrement je ne pouvais plus y aller vu que j'avais tout fait en privé j'avais une grosse part à ma charge en fait à chaque consultation et financièrement je ne suivais plus. » [L168-170]

- Une personne expliquait que le suivi était difficile à mêler avec la vie familiale et personnelle.

P11 : « Voilà c'est le côté pratique c'est-à-dire que chaque fois les rendez-vous fallait que je pose congés ou fallait que je place mes enfants et ça c'est pas évident. » [L320-321]

- Une personne a arrêté son suivi par manque d'écoute du professionnel de santé.

P10 : « Bah je trouvais plus avoir cette, pas symbiose mais d'avoir cette écoute envers le chirurgien, c'était plus un numéro et c'était tout et alors c'est pour ça que j'ai arrêté d'y aller. » [L543-544]

f) Perception de la chirurgie

- Deux personnes exprimaient à travers leur propos voir la chirurgie bariatrique comme « une solution de facilité » pour perdre du poids et donc estimaient ne pas avoir de mérite à avoir perdu du poids. Même si ces personnes ne regrettaient pas leur choix on ressentait à travers leur propos parfois un sentiment d'échec d'avoir dû passer par la chirurgie pour arriver à cette perte de poids.

P06 : « je suis contente d'en arriver là mais d'un autre côté c'est quand même dommage de devoir passer par là pour dire de perdre du poids quoi, qu'y en a ils y arrivent tout seul » [L145-147]

Une personne utilisait le terme « d'infliger » et une autre le terme de « subir » pour décrire l'intervention chirurgicale.

P01 : « tu bois du gazeux, du coca, moi je bois plus de gazeux, « ah bin pourquoi tu pourrais », je lui dis oui je pourrai mais pour faire quoi, annuler tout ce que je me suis infligée, c'est pas mon point de vue et c'est là que je trouve que c'est dommage ... » [L188-191]

P02 : « y a un moment on a rencontré 2 dames qui avait eu, subit cette chirurgie là l'anneau gastrique et on a pu discuter ensemble » [L154-156]

- Une personne décrivait la chirurgie bariatrique comme une alliée dans sa vie.

P08 : « c'était vraiment une prise de conscience et en même temps c'est un peu mon petit warning mon anneau c'est vraiment, je le considère un peu comme mon ami quoi. » [L190-191]

g) Personnalité du patient

Trois personnes ont insisté sur leur trait de caractère et leur personnalité en expliquant que cela avait un impact sur le parcours et le suivi.

P11 : « je pense que ça correspondrait pas à tout le monde mais moi ça correspondait à ma façon de faire, moi j'ai besoin que les choses aillent vite parce que si les choses ne vont pas vite je les arrête, je me démotive je baisse les bras.

Donc moi si j'avais eu un long travail de préparation avant qui aurait retardé l'opération j'aurais baissé les bras, j'aurais laissé tomber voilà. » [L137-141]

h) L'entourage du patient

- Trois personnes ont été confrontées aux critiques de leur entourage ou de la population en générale suite à la chirurgie bariatrique.

P07 : « Alors j'ai eu l'impression de ça, que les gens, y en a qu'ils l'ont dit carrément c'est une facilité voilà, après on se dit bin ouai tu fais ça parce que t'es pas capable de perdre du poids toi-même » [L103-105]

- Cinq personnes ont signalé que les changements engendrés par la chirurgie bariatrique modifiaient aussi les relations avec l'entourage.

P04 : « bin on commence à exister dans le regard des autres et euh on est pas forcément préparé à ça. Voilà, à plaire, à être draguée, à être... ça engendre énormément de choses. Moi j'étais en couple depuis ouai 10 ans avec mon ex-conjoint [...] ça a engendré beaucoup de choses, ça a engendré ma séparation, l'annulation du mariage et une histoire trop compliquée. Voilà. » [L97-103]

Deux personnes ont expliqué que la chirurgie avait eu un impact sur leur couple et une personne avait eu comme information avant la chirurgie que la chirurgie pouvait avoir des conséquences sur le couple.

P09 : « on m'a sorti un chiffre qui est sorti d'un peu nulle part, ah y a 70 % des couples quand l'un des deux fait une chirurgie ils se séparent. » [L948-950]

4) Impact sur la santé

a) Le poids

- Sept personnes ont parlé de leur perte de poids suite à la chirurgie bariatrique, avec une perte de poids plus ou moins importante selon le type de chirurgie bariatrique.

P04 : « je suis partie de 127 kilos et j'en ai perdu 62 » [L16-17]

- Trois personnes ont signalé une reprise de poids plusieurs années après la chirurgie bariatrique.

P07 : « depuis le début j'ai repris 9 kilos depuis 5 ans » [L189]

Pour ces personnes ayant repris du poids, elles expliquaient cette reprise du poids par une reprise des anciennes habitudes alimentaires et un non-respect de certaines règles hygiéno-diététiques.

P04 : « on reprend une alimentation, on remange comme tout le monde, en petites quantités, mais on remange comme tout le monde » [L215-216]

b) Conséquences médicales de la chirurgie

- Quatre personnes signalaient une amélioration de certaines de leur maladie comme le diabète, l'hypertension, le syndrome d'apnée du sommeil.

P03 : « je faisais du diabète, je me piquais à l'insuline, depuis le temps que j'ai été opéré y a plus rien, plus de diabète. » [L174-175]

- Parmi les effets indésirables de la chirurgie bariatrique, quatre personnes ont eu des carences. D'autres effets indésirables sont aussi évoqués par les personnes comme le « dumping syndrome », la fragilité des ongles, ...

P05 : « en fait j'ai une très très grosse carence en fer » [L71]

c) Autres conséquences de la chirurgie bariatrique

- Quatre personnes ont signalé que la chirurgie bariatrique leur a permis de reprendre une activité physique.

P07 : « Bin moi je bougeais plus, j'étais arrivée à un stade où j'allais travailler je rentrais poser, m'allonger, je faisais que ça en fait, je savais plus jouer avec mon enfant je respirais plus, j'étais vite (montre qu'elle était essoufflée) voilà. » [L400,402-

404]

- Pour cinq personnes la perte de poids a permis de faciliter leur condition de travail, améliorer leur vie sociale,

P06 : « vu le métier que je fais, c'était pas toujours facile parce que je suis employée polyvalente mais c'est beaucoup de ménage [...] vu le poids que j'avais c'était fatigant mais maintenant tout va bien, tout va bien. » [L103-106]

- Cinq personnes ont signalé que la chirurgie avait impacté sur leurs habitudes de vie.

P11 : « c'est que c'est beaucoup de sacrifice cette opération encore aujourd'hui quand ... je peux pas partager un plat de pâte bolo avec mes enfants ça parait bête [...] ça veut dire aussi que quand on est invité chez les gens soit en général on mange pas si ils ont pas fait attention ou ils nous ont fait un plat à part donc ça c'est des choses que, je veux dire c'est des sacrifices, c'est des sacrifices ... » [L501-503, 504-506].

VII. Proposition d'axes d'amélioration selon les patients

- Deux personnes proposaient comme amélioration d'avoir des groupes de parole de patients.

P10 : « Bah déjà améliorer le comment le suivi post, post chirurgie bariatrique par rapport à une nutritionniste ou même des groupes de parole ça peut aider car je sais que certains hôpitaux le font des groupes de parole » [L477-479]

- Une personne proposait d'adapter le parcours des personnes en attente ou ayant eu une chirurgie bariatrique à la personnalité de celles-ci.

P11 : « les parcours soient vraiment adaptés à la personne [...] Je pense qu'au lieu que ce soit privé, public c'est par rapport au... faudrait que le chirurgien il s'adapte à la personne fin moi c'est ce que je pense. » [L488-493]

- Sept personnes ont indiqué comme axe d'amélioration de poursuivre un suivi psychologique et/ou diététique au long cours.

P06 : « Bin pour que comme ils nous ont suivi avant je trouve ça aurait été bien qu'ils nous suivent [...] par rapport à la psychologue comment qu'on a accepté notre corps et tout et la diététicienne voir peut-être aussi comment on remange voir si c'est bien ce qu'on fait » [L219-222]

- Une personne proposait d'avoir un suivi postopératoire plus complet notamment pour la reprise de l'activité sportive.

P10 : « Bah non à part comme je vous disais peut-être plus complet postopératoire quoi. [...] Nutritionnel et puis remettre en jambe si je peux dire les gens au [...] c'est vrai que je trouvais que ça ça manquait le sport. » [L532,535-537]

- Trois personnes proposaient d'effectuer un rappel auprès des patients afin de ne pas oublier les rendez-vous du suivi postopératoire.

P05 « mais c'est vrai que bin nous au bout de 5 ans, je vais dire la date elle est un peu oubliée quoi, donc peut-être avoir un petit, je sais pas par exemple un mail de rappel, voilà, pourquoi pas programmer ce genre de chose. » [L263-265]

Discussion

I. Forces et limites de l'étude

1) Forces de l'étude

a) Méthodologie

Peu d'études qualitatives sur l'opinion des patients concernant l'intégralité du parcours de santé de la chirurgie bariatrique ont été publiées (38–40).

Le choix de la méthode qualitative avec la réalisation d'entretiens semi-dirigés permet de recueillir l'opinion, le vécu et le ressenti des patients de façon plus objective. En recherche qualitative, la grille COREQ est utilisée afin de s'assurer de la qualité méthodologique de l'étude (41). Notre étude répond aux critères de qualité, hormis la vérification des entretiens et des résultats qui n'a pas été faite par les personnes de l'étude afin d'éviter un changement d'opinion. L'analyse de notre étude selon la grille COREQ figure en annexe 9.

Un double codage indépendant des entretiens a été réalisé afin d'assurer la fiabilité de l'analyse.

b) La population

Afin d'avoir une vision la plus globale possible avec une variation maximale des données, le recrutement des personnes ayant eu une chirurgie bariatrique, a été réalisé sur des territoires et des bassins de populations différents de la région Hauts de France, ceci permettant d'avoir des personnes avec des caractéristiques variées.

Différents types de chirurgie bariatrique sont représentés dans l'étude avec des lieux de prise en charge différents, à la fois des personnes ayant été opérées dans un secteur privé, dans un secteur privé à but non lucratif ou dans un secteur public.

2) Limites de l'étude

a) Méthodologie

Pour le chercheur, il s'agit de sa première étude réalisée en utilisant une méthode qualitative et donc sa première expérience pour la réalisation des entretiens semi-dirigés. Pour minimiser cette inexpérience, des simulations ont été réalisées et au fur et à mesure des entretiens les qualités du chercheur se sont développées.

En cours d'étude nous avons dû modifier la méthode de réalisation des entretiens, qui étaient initialement faits au domicile des personnes, mais en raison du confinement et de la situation épidémique concernant le coronavirus, nous avons été amenés, pour les quatre derniers entretiens, à les réaliser par visioconférence.

b) La population

Parmi les onze personnes interviewées, une seule est un homme et dix sont des femmes. Cette différence de proportion entre les deux sexes concorde avec les chiffres sur la chirurgie bariatrique où 79% des personnes opérées sont des femmes (12).

II. Comparaison à la littérature

1) Différentes sources d'information

Les entretiens mettent en évidence deux sources d'information concernant la chirurgie bariatrique, d'un côté l'information de source médicale et de l'autre l'information de source profane.

Dans notre étude les sources d'information profanes sont l'information recueillie sur des sites internet, par le biais de la télévision, de forums ou groupes sociaux. Ce type d'information semble avoir une place importante dans le cheminement préopératoire des personnes interviewées, pour certaines cela permet d'obtenir des renseignements complémentaires sur la chirurgie, pour d'autres c'est le moyen de découvrir la chirurgie bariatrique ou d'échanger avec des personnes ayant vécu le même parcours.

Une étude parue en 2015, a constaté que dans la population Francophone étudiée en 2012 et 2013, 77.8% des personnes avaient effectué des recherches concernant la chirurgie bariatrique sur internet avant de se faire opérer et qu'une personne sur quatre prenait la décision de se faire opérer en tenant compte de l'information issue d'internet. Les personnes disaient rechercher le plus souvent des informations concernant les procédures chirurgicales et l'expérience d'autres patients (42).

Une autre étude parue en 2005 a montré que les sources d'information des patients variaient d'un pays à l'autre par exemple en Australie les principales sources d'information orientant les patients vers le chirurgien (de la plus fréquente à la moins fréquente) étaient les médecins de soins primaires puis l'avis d'autres patients et enfin la télévision alors qu'aux Etats-Unis c'était l'avis des autres patients puis internet et enfin les médecins de soins primaires (43).

Il est nécessaire pour les professionnels de santé d'avoir conscience et connaissance de ces sources d'information car elles ont une place importante dans la prise de décision des patients de se faire opérer ou non.

Les professionnels de santé doivent interroger les patients en préopératoire sur ce qu'ils connaissent de la chirurgie bariatrique afin de s'assurer de la compréhension et de la qualité des informations reçues, par le biais de ces sources profanes. Ainsi cela permet de s'assurer que le patient puisse prendre une décision éclairée, basée sur des informations fiables et de partir des connaissances du patient pour expliquer la chirurgie bariatrique et notamment corriger si besoin certaines informations et apporter les informations manquantes.

Plusieurs études ont montré que la qualité de l'information issue d'internet n'était pas toujours optimale, elle pouvait être inexacte ou incomplète, telles que les informations sur la qualité de vie et les complications postopératoires, d'où la nécessité de mettre en place des sources d'information validées accessibles aux patients (44,45). La HAS a mis en place une collaboration avec la fondation Health On the Net qui permet de certifier les sites internet avec le logo « HON code » selon certains critères mais sur la base du volontariat et ce système n'est plus disponible depuis 2013 car il a été jugé d'une faible utilité pour les patients qui soit ne connaissaient pas son existence soit cette certification ne répondait pas à leurs demandes et attentes (46,47). Il existe des outils comme le questionnaire DISCERN qui est long et complexe mais il peut aider les patients à voir si l'information est de qualité (44).

La mise en place de sources d'information multimédia validées, pourrait passer par l'existence de sites internet validés par les professionnels de santé ou alors une plateforme regroupant les sites internet validés pour la chirurgie bariatrique. Ces outils doivent être simples d'utilisation et adaptés aux attentes des patients sinon ils ne seront pas utilisés par ces derniers. Les médecins ont également pour rôle de donner aux patients les bonnes sources d'information.

En dehors des informations en ligne, il est ressorti de notre étude que le partage d'expérience notamment au sein de forum ou de l'entourage proche, avait une place importante pour les personnes afin de pouvoir échanger, avoir les ressenties et les vécues des autres personnes. Cela permettait parfois de les rassurer sur le parcours. De nombreuses études montrent que l'avis d'autres personnes, ayant le même parcours, est important pour les candidats à la chirurgie cela leur permet un partage d'expérience et un soutien émotionnel (42). Cette constatation nous amène à penser que la réalisation de groupe de parole en préopératoire, incluant des personnes ayant déjà été opérées mais à des stades différents de leur parcours postopératoire, peut être bénéfique pour les patients en amont de la chirurgie. Ceci leur permettrait d'échanger et d'avoir le retour de personnes ayant vécues ce parcours, qui par principe sont plus à même de les comprendre et de répondre à leurs préoccupations car elles sont passées par le même cheminement. Mais il faudrait que cet échange soit encadré dans le cadre d'atelier d'éducation thérapeutique (ETP) par exemple.

2) Modalités d'organisation de la phase préopératoire

Dans l'étude nous avons mis en évidence différentes modalités d'organisation de cette phase préopératoire. La HAS stipule que la prise en charge des patients doit se faire au sein d'une équipe pluridisciplinaire en liaison avec le médecin traitant mais elle ne détaille pas les modalités pour organiser cette phase (13).

- Journées d'information

Une personne a eu la possibilité d'aller à une journée d'information où tout le parcours de la chirurgie bariatrique était expliqué en détail par les différents intervenants, en amont de la décision d'entrer dans le parcours préopératoire. Cela permettait de connaître les différents types de chirurgie, les bénéfices et risques de la chirurgie et de pouvoir poser des questions.

Plusieurs études se sont intéressées aux connaissances des patients sur la chirurgie bariatrique permettant de mettre en évidence de fausses idées notamment dans une étude marocaine où 30.95% des personnes obèses pensaient que la chirurgie ne devait pas s'accompagner de modifications des règles hygiéno-diététiques et 14.2% pensaient le suivi postopératoire facultatif (49).

Une étude s'est intéressée à l'impact de l'information préopératoire sur le choix de la chirurgie bariatrique en interrogeant les patients avant et après des sessions d'information en préopératoire sur la chirurgie bariatrique, il a été constaté qu'après les sessions 9% des patients ont abandonné le projet de la chirurgie bariatrique, 1% des patients sont restés incertains et 15% ont changé leur choix concernant le type de chirurgie qu'ils souhaitaient (50).

Une étude s'est intéressée aux connaissances acquises après une séance d'éducation thérapeutique, montrant que les informations acquises étaient surtout en rapport avec les techniques chirurgicales et l'alimentation postopératoire et que ces séances permettaient de corriger des fausses croyances (51).

Le plus souvent ces séances d'information sont intégrées dans le programme d'éducation thérapeutique du parcours préopératoire alors que chez cette patiente la journée d'information avait été réalisée avant de décider d'entrer dans le parcours de la chirurgie bariatrique (52).

Ces séances d'information, qu'elles soient incluses ou non dans le programme d'éducation thérapeutique, semblent primordiales à mettre en place en préopératoire afin de donner une information fiable au patient, de combattre les idées reçues et leur permettre de prendre une décision éclairée en toute connaissance de cause, d'autant plus que même pour les personnes qui abandonnent finalement la chirurgie ce parcours peut leur apporter un bénéfice.

- *Réunions de groupe*

Nous avons déjà mis en évidence que l'avis des personnes ayant été opérées avait une place importante parmi les sources d'information des patients.

On a pu mettre en évidence que les groupes de parole de patients avaient été appréciés par les personnes qui ont pu y accéder en préopératoire ou en postopératoire. Certaines personnes ont d'ailleurs proposé leur mise en place systématique pour améliorer le suivi notamment avec la rencontre dans ces groupes, de personnes ayant déjà été opérées. Ces personnes mettaient en avant l'effet bénéfique de se retrouver avec des personnes ayant la même problématique qu'elles et ainsi ne pas se sentir seule et ne pas être jugée avec l'impression d'un sentiment d'unité au sein du groupe.

Plusieurs études ont étudié la participation à des groupes de soutien surtout en postopératoire et mis en évidence une perte de poids plus importante chez les personnes y participant avec un effet selon le nombre de séances faites (53,54). Une publication a comparé l'éducation thérapeutique en groupe et en individuel en médecine mettant en évidence que les deux étaient complémentaires mais les interventions en groupe avaient plusieurs avantages notamment un échange d'expérience entre les patients avec une confrontation des points de vue, une rupture du sentiment d'isolement avec un sentiment de soutien, une stimulation des apprentissages. Pour être bénéfique ces séances de groupe doivent être interactives (55). Au vu des bénéfices apportés par les groupes de parole de patients, leur mise en place à toutes les phases du parcours pourrait être généralisée.

3) Qualité et composition de l'information préopératoire

Concernant l'information préopératoire reçue nous avons mis en évidence dans notre échantillon un manque d'information sur les complications possibles après la chirurgie, un manque d'information sur le suivi ultérieur notamment à long terme et un manque d'information concernant la sphère gynécologique dont la contraception et la maternité. Une minorité des personnes nous ont indiqué qu'elles avaient été informées de la possibilité d'une reprise de poids à distance de l'opération, on peut se demander si les autres personnes en étaient conscientes et si elles avaient été informées sur ce sujet.

Ces informations figurent cependant dans la liste des informations à donner au patient en préopératoire avant l'intervention selon les recommandations de 2009 de la HAS (13).

Le manque d'exhaustivité concernant les informations données en préopératoire est relevé par les données IPAQSS de 2017 (qui sont des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins) qui indiquaient que dans 3.4% des dossiers analysés il n'était pas indiqué que l'information a été donné au patient et dans 15% des dossiers analysés il est indiqué qu'une information a été donné au patient mais celle-ci était incomplète par rapport aux recommandations de la HAS. Les données manquantes, lorsque l'information est incomplète, concernent l'information sur le suivi postopératoire et sur la nécessité de modifier son comportement alimentaire ainsi que son mode de vie (12). Dans le rapport de l'académie de médecine de 2017, 17% des personnes disaient n'avoir pas été informées de la nécessité d'un suivi après l'opération et 40% ne pas avoir eu d'information préopératoire sur la possibilité de survenue de complications postopératoires (11).

La feuille de route pour la prise en charge de l'obésité 2019-2022 insiste sur la nécessité de mieux informer les patients sur les complications et sur la nécessité d'un suivi postopératoire à vie (56).

L'information délivrée se doit donc d'être exhaustive, adéquate, compréhensible avec la nécessité de répéter l'information pour une meilleure assimilation. On peut proposer l'élaboration d'une check-list, en se basant sur les recommandations de la HAS, avec toutes les informations à donner au patient avant de prendre la décision de l'opération et qu'il sera nécessaire de vérifier.

4) Mémorisation de l'information

Un oubli des informations ou une mauvaise assimilation des informations peut aussi expliquer le ressenti des patients d'une information non exhaustive surtout à distance de l'opération. En effet on a pu mettre en évidence que certaines personnes avaient oublié une partie des informations concernant la chirurgie, les informations oubliées concernaient les complications que pouvaient engendrer la chirurgie, la contraception, l'intervalle de suivi et les vitamines à prendre.

Une étude de 2005 a constaté l'oubli de certaines informations préopératoires quand on interrogeait les patients à distance de l'opération. En effet dans cette étude les patients candidats à la chirurgie bariatrique ont dû remplir un questionnaire qui évaluait ce qu'ils avaient compris et retenu de l'éducation préopératoire et le même questionnaire a été rempli par les mêmes patients à distance de l'opération. Les deux questions avec le plus de réponses inexactes en postopératoire concernaient pour l'une l'impact de la chirurgie bariatrique sur les comorbidités pour l'autre l'intérêt des règles hygiéno-diététiques associées au traitement chirurgical. Les deux questions permettaient de montrer que la chirurgie bariatrique seule ne suffit pas à perdre du poids. On peut se demander si les réponses inexactes étaient en lien avec un manque de compréhension mais pour accéder à l'opération les patients avaient dû passer le questionnaire jusqu'à avoir 100% de réponses exactes (57).

Il est donc nécessaire de s'assurer de la bonne compréhension et assimilation de l'information par les patients et notamment il semble nécessaire de répéter régulièrement l'information pour permettre une meilleure mémorisation de celle-ci aussi bien en préopératoire qu'à distance de l'opération. Le développement d'outils pédagogiques pour transmettre l'information et mieux la mémoriser peut être une des solutions à envisager. En effet il pourrait être intéressant de varier les supports de transmission de l'information au patient pour favoriser la mémorisation avec par exemple des supports multimédias, vidéo ou programme informatique comme étudié dans l'étude de Eggers et al (58). La mise en place de programme ludique sous forme de jeu peut également être une solution pour favoriser l'acquisition des informations. A Lille un jeu éducatif nommé « Bariatric' quizz » a été créé, il regroupe différentes thématiques de la chirurgie bariatrique permettant de transmettre des informations sous forme ludique mais également d'évaluer les connaissances des patients afin de s'assurer de la compréhension (59). Au vu de la diversité des profils des patients candidats à la chirurgie bariatrique, il semble nécessaire de proposer des supports variés pour la transmission de l'information afin de sensibiliser tous les patients et cela peut permettre également une meilleure mémorisation en répétant de différentes façons les informations. Mais il faut aussi être vigilant à ne pas délivrer trop d'information en même temps pour favoriser l'assimilation des données, il faut mieux délivrer un peu d'information à chaque fois.

5) Secteur d'intervention

Le rapport de l'académie de médecine de 2017 indiquait que 64% des interventions avaient lieu dans le privé et 36% dans le public (comprenant les établissements privés d'intérêt collectif) (11). Dans notre étude les proportions sont comparables à savoir 63.6% de personnes qui ont été opérées en secteur privé et 36.4% en secteur public ou privé à but non lucratif.

- Choix du secteur et du lieu d'intervention :

Les éléments pris en compte par les personnes de notre étude pour choisir le secteur privé ou le secteur public étaient soit l'aspect financier soit les délais préopératoires avant l'opération. Ici le délai préopératoire évoqué par les personnes concernaient essentiellement le délai d'attente (plus court en privé), qui correspond au délai entre le moment où la personne contacte une équipe de chirurgie bariatrique et le premier rendez-vous qu'elle obtient.

Une étude a comparé au Canada la réalisation des bypass dans les hôpitaux publics et la réalisation des anneaux gastriques ajustables dans les cliniques privées. Il a été mis en évidence plusieurs différences entre les deux systèmes notamment un temps d'attente plus court et moins de consultations multidisciplinaires préopératoires dans le privé pour un anneau gastrique par rapport à la réalisation d'un bypass dans le publique. La différence de consultations multidisciplinaires préopératoires concernait surtout les séances d'éducation et les consultations avec l'endocrinologue. Mais l'interprétation des résultats reste limitée car les comparaisons ne concernent pas la même chirurgie et la collecte des informations s'est faite auprès des employés des hôpitaux (60).

Outre le choix du secteur d'intervention pour l'opération, les études ont montré que d'autres éléments intervenaient dans le choix du lieu d'intervention. Dans l'étude de Paolino et al., la proximité géographique de l'hôpital et sa réputation étaient prises en compte par les patients dans leur prise de décision en plus de l'avis de leur médecin généraliste et l'avis de leur entourage (42). Dans une autre étude les éléments pris en compte pour le choix du lieu d'intervention étaient la connaissance du service puis la qualité du bilan et du suivi, l'aspect financier et enfin la renommée d'un spécialiste (61).

Une étude a évalué les différences entre les hôpitaux selon le nombre d'opérations (pour le bypass en Y) par an, il a été mis en évidence que dans les hôpitaux avec un taux élevé d'opérations par an (plus de 100) il y avait moins de complications, moins de réadmissions dans les 30 jours suivant l'opération et que le coût de l'opération ainsi que le nombre de jour d'hospitalisation étaient moins élevés que dans les hôpitaux réalisant moins de 50 opérations par an. Ces différences observées selon le volume d'interventions étaient expliquées par une plus grande expérience de l'équipe médicale dans les hôpitaux avec un taux élevé d'opérations car ils en pratiquaient plus mais aussi par une organisation et un accès aux technologies différents. Certaines limites à cette étude ont été mis en évidence notamment des données issues d'un registre administratif avec l'absence d'information sur l'IMC et les comorbidités, l'absence de données après la sortie de l'hôpital (62) . Ceci a notamment été relevé dans le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2017 car en 2016, 200 établissements réalisés moins de 50 opérations par an soit 5% des activités de chirurgie bariatrique (10) .

Donc outre la différence publique et privé entre les hôpitaux, il semblerait plus important de choisir le lieu d'opération selon le nombre d'interventions réalisées, avec comme le préconise le rapport de l'IGAS la nécessité de fixer des seuils d'activité, ceci faisant partie du plan obésité 2019-2022 (10,56). L'autorisation de réaliser des actes de chirurgie bariatrique selon la fixation de seuil d'activité dans les établissements, permettrait d'assurer une meilleure connaissance et expérience des professionnels dans ces établissements mais la fixation de seuil doit être encadrée et ne pas être une course à l'acte.

A noter que le choix du lieu d'intervention est souvent réalisé par le patient comme le montre l'étude de Bouvier et al. où dans 59% des cas le lieu de la chirurgie avait été décidé par le patient seul, dans 31% des cas d'un commun accord entre le patient et le médecin et dans 10% des cas par le médecin seul (61).

- Suivi selon le secteur d'intervention :

On a pu mettre en évidence une différence de suivi parmi les personnes de l'étude selon le secteur d'intervention. En effet il n'y avait aucune rupture de suivi parmi les personnes opérées en secteur public même si pour certaines le suivi n'était pas régulier alors que dans le privé plusieurs personnes ont rompu le suivi. Les raisons évoquées par ces personnes concernant la rupture du suivi étaient diverses, avec l'aspect financier, l'absence de temps, l'absence de relance ou le fait qu'elles n'y voyaient pas d'intérêt car elles se sentaient bien. De plus, en public le suivi postopératoire était plus souvent multidisciplinaire avec la réalisation d'hôpitaux de jours alors qu'en privé le suivi, pour les personnes l'ayant poursuivi, était souvent non pluridisciplinaire avec des consultations isolées avec le chirurgien.

Dans l'étude citée plus haut comparant les interventions bariatriques en secteur privé et public au Canada, il n'a pas été mis en évidence de différences dans le suivi postopératoire la première année mais les auteurs émettent l'hypothèse que l'absence de différences a pu être engendrée par les techniques d'interventions différentes entre les deux secteurs (anneau en privé et bypass en public) car l'anneau nécessite plusieurs consultations pour l'ajustement de l'anneau (60).

Un manque d'harmonisation des pratiques dans le parcours de la chirurgie bariatrique entre le secteur privé et le secteur public semble exister au vu de nos résultats et de la littérature. Il est nécessaire d'harmoniser les pratiques notamment pour les délais d'attente en secteur privé car les différences de délais peuvent créer des inégalités d'accès aux soins selon les ressources des patients qui ne peuvent pas toujours se permettre une prise en charge en secteur privé.

De plus en secteur privé, l'organisation du suivi doit intégrer d'avantage la prise en charge pluridisciplinaire.

6) Durée de la phase préopératoire

La durée de la phase préopératoire (délai de préparation qui correspond au délai entre le premier rendez-vous avec l'équipe de chirurgie bariatrique et la date d'intervention) était majoritairement supérieure ou égale à 7 mois dans notre étude même si pour une minorité de personnes la durée de cette phase de préparation était de 6 mois ou moins mais il n'a pas été mis en évidence de différences dans le temps de préparation préopératoire selon le secteur d'intervention (privé ou public). La durée de phase préopératoire plus longue était bien perçue par les personnes, elles justifiaient ce délai par la nécessité d'un cheminement pour réaliser les examens, réapprendre les règles hygiéno-diététiques et se laisser un temps de réflexion. Certaines personnes estimaient que ce délai permettait de tester leur motivation à réaliser l'acte de la chirurgie.

La HAS ne stipule pas de durée requise pour cette période mais elle indique cependant dans les critères d'accès à la chirurgie, que la chirurgie doit être réalisée « en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduite pendant 6 à 12 mois » (13).

On constate dans la littérature que les délais sont variables d'un pays à l'autre mais les systèmes de soins ne sont pas les mêmes d'un pays à l'autre d'où la difficulté de comparer. Au Canada les délais d'attente avant l'opération étaient dans une étude de 2007 de 5 ans environ, notamment en raison d'un manque de moyen financier, les patients vivaient cela comme une inégalité d'accès aux soins et expliquaient la difficulté à rester motivé pendant ce long délai d'attente qui était décrit comme anxiogène (63,64).

Un article paru en 2015 dans la Revue Médicale Suisse stipulait qu'il était nécessaire de différencier le temps d'attente et le temps de préparation avant une chirurgie bariatrique. Selon cet article une durée allant de 6 mois à 9 mois pour cette étape préopératoire semblait correcte mais les éléments faisant varier la durée était la présence de troubles du comportement alimentaire ainsi que les comorbidités psychologiques et somatiques (65).

Le délai d'attente (temps avant le premier rendez-vous avec l'équipe hospitalière) peut donc être amélioré par une meilleure coordination mais concernant le délai de préparation (temps entre le premier rendez-vous et la date d'opération) il n'y a pas de durée idéale, il est nécessaire de l'adapter à chaque patient selon son profil.

7) Protocolisation et harmonisation du contenu du parcours préopératoire et postopératoire

Les bilans à faire en préopératoire sont bien protocolisés et détaillés aussi bien dans les recommandations de la HAS que dans les recommandations Américaines (13,37). Les recommandations précises et bien détaillées de cette phase préopératoire par rapport aux autres phases de la chirurgie bariatrique peuvent expliquer que la plupart des personnes interrogées dans notre étude avaient eu un bilan préopératoire complet comme le préconise les recommandations.

Les recommandations postopératoires de la HAS sont moins détaillées et précises que les recommandations préopératoires notamment il n'y pas de recommandations précises adaptées à chaque type de chirurgie. Ces recommandations n'ont pas été actualisées depuis 2009 et on constate des divergences avec les recommandations internationales notamment sur les suppléments vitaminiques et les bilans à faire. Les recommandations internationales différencient quant à elles le suivi selon la procédure chirurgicale (13,37).

On a constaté dans notre étude des divergences pour un même type de chirurgie en ce qui concerne les suppléments vitaminiques, de même certaines personnes signalaient l'absence de bilan biologique systématique préventif.

Les divergences, l'absence de protocole précis pour le suivi, notamment biologique et vitaminique et l'absence d'actualisation des recommandations peuvent expliquer un suivi incomplet et l'absence d'harmonisation des pratiques. Même si le suivi doit être adapté à chaque patient notamment à son profil, un cadre précis pour le suivi est nécessaire, qu'il faudra ensuite adapter au profil du patient. Une des actions du plan obésité 2019-2022, est d'actualiser les recommandations en précisant les spécificités selon le type d'intervention et la population (56).

8) Point de vue des patients sur le médecin généraliste dans ce parcours

- En préopératoire :

On a pu constater que le médecin généraliste n'était pas toujours consulté par les patients pour entrer dans le parcours de la chirurgie bariatrique, certaines personnes ayant eu accès à la chirurgie bariatrique sans en avoir informé au préalable leur médecin généraliste. Paradoxalement plusieurs personnes nous ont indiqué que leur médecin généraliste avait eu une place importante en amont de la chirurgie notamment pour les orienter et les informer.

Une étude faite auprès des médecins généralistes de la région de Dijon a également mis en évidence l'absence de consultation systématique du médecin généraliste en amont du parcours, en effet elle indiquait que sur 39 médecins ayant répondu à l'étude 12 n'avaient pas été sollicités par leur patient avant l'opération (61). Une étude de 2005 qui comparait les sources d'information des patients entre deux pays montraient qu'en Australie la source d'information principale était le médecin de soins primaire et que ces résultats pouvaient s'expliquer par le système de santé qui nécessitait le passage obligatoire du patient par le médecin généraliste avant d'être adressé vers le chirurgien bariatrique (43). En France un parcours de santé coordonné est aussi mis en place avec nécessité de passage par le médecin généraliste pour être adressé vers un médecin spécialiste cependant on constate que ceci n'est pas toujours réalisé.

Il serait souhaitable que le patient ne puisse pas accéder à la chirurgie bariatrique sans passer par son médecin généraliste afin que ce dernier puisse être impliqué dès le début du parcours.

Une réticence des médecins généralistes envers la chirurgie bariatrique a été ressentie par plusieurs personnes. Dans la littérature française on a constaté que l'avis des médecins généralistes concernant la chirurgie bariatrique était souvent mitigé, parmi les médecins les moins favorables à la chirurgie ils évoquaient le manque de recul sur la chirurgie bariatrique mais également un acte qui n'est pas dénué de risque et la peur d'une rupture du suivi après l'opération. Mais on peut constater une évolution le plus souvent favorable de l'opinion des médecins une fois qu'ils avaient eu un de leur patient opéré. Dans ces études, y compris dans les études américaines on constatait également que l'initiative de la chirurgie bariatrique revenait souvent au patient et non au médecin alors que dans une des études les médecins étaient majoritairement d'accord sur le fait que c'était à eux d'orienter le patient vers ce parcours si nécessaire (61,66,67).

Cette réticence est conforté dans une étude où 16% des médecins seulement se feraient opérer s'ils étaient obèses (68).

Les médecins généralistes semblent méfiants vis-à-vis de la chirurgie bariatrique, on peut penser que cette méfiance a un impact dans leur pratique notamment cela peut les dissuader de proposer cette solution thérapeutique chez les patients obèses potentiellement candidats à cette chirurgie. De plus cette réticence est ressentie par les patients de notre étude, qui de ce fait n'osent pas aborder ce sujet avec leur médecin et ne l'intègrent pas dans leur parcours chirurgical. Une meilleure communication auprès des médecins généralistes à propos des bénéfices et des risques de la chirurgie bariatrique pourrait permettre de les rassurer concernant cette chirurgie. De même une meilleure intégration des médecins généralistes dans ce parcours serait favorable

Dans notre étude, il a également été ressenti par les personnes une connaissance insuffisante des médecins généralistes sur la chirurgie bariatrique. Certaines études retrouvent également que les médecins jugeaient leurs connaissances limitées dans ce domaine mais selon les études on constate un souhait ou non de la part des médecins d'être informés sur la chirurgie bariatrique. Pour les médecins ne souhaitant pas plus d'information les arguments évoqués sont un nombre de patients suivi insuffisant pour avoir des connaissances approfondies dans ce domaine ou une thématique de l'ordre de la spécialisation (11,61,66). A noter qu'une étude américaine a montré une augmentation des patients percevant leur praticien de soins primaires comme très bien informé sur la chirurgie bariatrique en 2015 comparativement à 2009 (69). On peut penser que l'évolution des techniques et le plus grand recours à la chirurgie bariatrique entraînent une amélioration des connaissances des médecins généralistes notamment chez les plus jeunes avec la formation initiale. D'autant plus qu'une personne de notre étude expliquait qu'un manque de connaissance dans ce domaine de la part de son médecin n'avait pas été un obstacle en soi au suivi car il s'était renseigné et elle reconnaissait que la prise en charge bariatrique était très spécialisée.

Le manque de connaissance sur la chirurgie bariatrique soulevée par les patients ne concernait pas que le médecin généraliste mais aussi d'autres professions comme les gynécologues dans notre étude. Au vu de l'augmentation croissante du nombre d'acte de chirurgie bariatrique, les médecins généralistes seront de plus en plus amenés à avoir des patients opérés ou candidats à une chirurgie bariatrique dans leur patientèle. La formation des médecins généralistes dans ce domaine peut passer par l'intégration d'un module sur la chirurgie bariatrique lors de la formation initiale ou par le développement de formation médicale continue sur ce sujet. Les équipes hospitalières pourraient également proposer des ateliers dédiés aux médecins généralistes afin de leur transmettre les informations nécessaires pour la prise en charge des patients. Des livrets ont déjà été réalisés pour les médecins généralistes pour la prise en charge des patients en chirurgie bariatrique ainsi que des sites internet comme le site « Bariaclic » (70,71).

- En postopératoire :

On constate que la vision du rôle du médecin généraliste diverge selon les personnes en effet certaines ne voyaient pas le rôle que pouvait avoir leur médecin généraliste dans leur suivi car leur suivi était intégralement réalisé à l'hôpital. Alors que d'autres décrivaient un rôle d'accompagnement, de coordinateur du médecin généraliste dans ce suivi et insistaient sur l'importance de la relation entre le patient et le médecin

Le rapport de l'académie nationale de médecine de 2017 avait mis en évidence que les patients n'imaginaient pas un suivi immédiat par leur médecin généraliste, dans les premières années postopératoires ils préféraient un suivi par un spécialiste de la nutrition, à qui ils accordaient plus de confiance car selon eux le médecin manquait de temps et de connaissance pour ce suivi et ne proposait que rarement de les suivre à court terme. Cependant à distance de l'intervention (à partir de 3 ans) les patients citaient le médecin généraliste pour assurer le suivi (11). Il semble nécessaire d'améliorer la confiance des patients envers leur médecin généraliste. Pour cela les patients devraient être informés dès le début du parcours du rôle du médecin généraliste et de la nécessité d'un suivi conjoint, à toutes les étapes du parcours, avec à la fois le médecin généraliste et l'équipe hospitalière.

9) Retour au domicile après la chirurgie

Le mois suivant l'opération est associé à un grand bouleversement pour les patients. Les difficultés ressenties par les personnes étaient la gestion de l'alimentation postopératoire, la fatigue, la perte de poids importante et la gestion de la douleur, ces difficultés dépendaient de l'intervention réalisée. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude ayant recueilli le vécu et les difficultés des patients durant cette période. Parmi les personnes interviewées, le plus souvent une consultation était prévue à 1 mois à l'hôpital, une personne nous a signalé qu'un infirmier était passé au domicile mais pour les soins post-chirurgicaux et certaines personnes avaient le numéro des soignants en cas de problèmes.

Il pourrait être intéressant d'étudier la mise en place systématique lors du retour à domicile d'un suivi par une infirmière ou un autre professionnel de santé formé à la chirurgie bariatrique, pas uniquement pour les soins chirurgicaux mais aussi pour aider les patients notamment sur le plan psychologique et diététique que ce soit en téléconsultation ou au domicile des patients. Il existe notamment des programmes de retour à domicile, comme le PRADO qui est utilisé souvent après l'accouchement lors du retour à domicile mais qui peut aussi être utilisé après une chirurgie. Il pourrait être intéressant d'étudier la mise en place d'un programme de ce type pour le retour à domicile des patients après la chirurgie bariatrique et en intégrant le médecin généraliste dans ce programme.

10) Phase de lune de Miel

Une personne expliquait le concept de lune de miel en postopératoire, ce concept est repris et détaillé dans la littérature bariatrique. La phase de lune de miel s'étend généralement entre 6 et 12 mois après la chirurgie, pendant cette période les patients constatent une perte de poids rapide et significative systématique, indépendamment des règles hygiéno-diététiques, ils ont la sensation de maîtriser leur obésité avec donc un impact psychologique important, les patients se sentent mieux. La lune de miel se termine quand la perte de poids devient moins importante ou se stabilise, certains auteurs détaillent la fin de cette phase comme le moment où le travail notamment diététique commence réellement (29,72,73).

Il est nécessaire d'être très vigilant à cette phase car pendant cette période les patients ont l'impression que la perte de poids se fait facilement, sans trop d'effort. La fin de cette phase doit être repérée par le personnel soignant afin d'éviter des complications, une reprise du poids ou une rupture du suivi. Les patients doivent également être avertis de cette période post chirurgicale afin de les sensibiliser à poursuivre le suivi et le respect des règles hygiéno-diététiques car cette phase de lune de miel n'est que transitoire. Si ils ne sont pas avertis, la fin de cette période risque d'être vécue difficilement et ils peuvent penser à tort que les règles hygiéno-diététiques et le suivi ne sont pas utiles car pendant cette phase la perte de poids se fait plus facilement.

11) Reprise activité physique postopératoire

On a pu constater dans notre étude le manque d'accompagnement à la reprise d'une activité sportive. Cependant il est bien acquis que la chirurgie seule ne suffit pas, elle doit s'accompagner d'une modification des règles hygiéno-diététiques qui passe à la fois par l'alimentation mais aussi par l'exercice physique (74). Une étude sur l'impact d'un programme de rééducation fonctionnelle en 20 séances basé sur du travail en aérobie, de proprioception et de renforcement musculaire a mis en évidence à la fin des 20 séances une amélioration des indicateurs de qualité de vie, des mesures anthropométriques et fonctionnels (75). Même si ces paramètres ont pu être améliorés par la chirurgie bariatrique en elle-même le programme de rééducation permet un accompagnement à la reprise de l'exercice et une réadaptation à l'effort chez des patients ayant souvent de nombreuses comorbidités (74).

Il pourrait être intéressant de mettre en place des programmes de rééducation sportive après la chirurgie car beaucoup de personnes nous ont signalé qu'elles ne faisaient plus de sport avant l'opération car elles étaient limitées dans leur mouvement en raison de l'obésité. Les programmes de rééducation après certaines chirurgies notamment cardiopulmonaires sont bien connus, ces programmes de rééducation pourraient être adaptés et étendus à la chirurgie bariatrique où les patients ont aussi une désadaptation à l'effort. A Lille dans le service de chirurgie bariatrique, les personnes ont accès à un blog sur internet nommé objectif sport pour tous, qui a été réalisé par le professeur d'activité physique du service. Ce site propose des vidéos d'accompagnement pour effectuer de l'activité physique adapté (76).

12) Empathie des soignants

La bienveillance et la disponibilité du personnel soignant avaient été appréciées par les personnes de l'étude, qui se sentaient ainsi rassurées et écoutées. Il a cependant été mentionné un manque d'empathie du personnel soignant. De nombreuses études ont relevé un manque d'empathie envers les personnes obèses aussi bien dans la population générale que dans le personnel soignant, elles sont vues comme des personnes sans volontés et non disciplinées pouvant parfois les dissuader d'accéder aux systèmes de soins et retarder les prises en charge (66,68,77). Il est nécessaire d'être vigilant à ce que l'ensemble du personnel soignant face preuve d'empathie envers les patients. Chaque soignant doit mettre ses préjugés et idées préconçues de côté afin de ne pas porter un jugement trop hâtif sur un patient et permettre ainsi de favoriser une relation avec son patient plus bénéfique. Si le patient se sent écouté et non jugé il sera d'autant plus observant.

13) Soutien de l'entourage

On a pu constater que le rôle de l'entourage était primordial dans le parcours de la chirurgie bariatrique à toutes les étapes cependant plusieurs personnes déplorait le manque d'information et d'implication des proches dans le parcours.

Les données de la littérature stipulent que lors de la prise en charge psychologique préopératoire, il est important d'obtenir une information sur l'entourage du patient notamment afin de connaître si l'entourage est au courant de la démarche chirurgicale et s'il soutient le patient (78,79). Un article mentionne notamment le rôle de la triade patient/famille/soignant dans la prise en charge de l'obésité (80). Les résultats des études divergent concernant l'impact du soutien familial et de l'entourage, certaines retrouvent un lien entre le soutien de l'entourage et la perte de poids alors que d'autres n'ont pas démontré de lien (81–83). Cependant dans les études n'ayant pas retrouvé d'impact sur la perte de poids il a été retrouvé un lien positif entre le soutien familial et la santé mentale et certains patients ont notifié spontanément l'importance du soutien de l'entourage dans leur parcours (81–83).

Une étude qualitative étudiant le soutien social dans la chirurgie bariatrique a montré que le soutien pouvait venir de la famille, des amis, des collègues de travail ou des groupes de parole (84).

Il semble nécessaire d'inclure l'entourage au moins familial dans le parcours de la chirurgie bariatrique et ceci dès le début du parcours afin de soutenir et d'accompagner le patient. Pour favoriser l'inclusion de l'entourage dans ce parcours il pourrait être nécessaire de mettre en place des réunions d'information destinées à l'entourage ou de proposer au patient de venir accompagné d'un de leur proche lors des réunions ou rendez-vous. Si les proches sont informés sur le parcours ils pourront être d'un meilleur soutien pour le patient. Les proches doivent comprendre qu'ils ont un rôle à jouer dans ce parcours.

Le médecin généraliste suit souvent plusieurs membres d'une même famille et a le plus souvent connaissance des relations familiales. Sa vision et sa connaissance de l'entourage ne peuvent qu'être bénéfique pour informer l'équipe hospitalière et pour inclure l'entourage dans ce parcours.

14) Chronologie et programmation du suivi postopératoire

- Chronologie :

Plus de la moitié des personnes nous ont signalé un suivi plus fréquent dans la période postopératoire à court terme mais on constate que ce suivi est surtout hospitalier (et concerne majoritairement la partie chirurgicale) et il est rarement réalisé par le médecin généraliste.

La HAS préconise un suivi plus régulier la première année avec au moins 4 rendez-vous puis 1 à 2 consultations par an mais elle précise que le suivi doit être adapté au patient et à la chirurgie (13). Quant aux recommandations américaines sur le suivi à court terme les intervalles de consultations la première année sont différents et pour chaque type d'opération le suivi recommandé est précisé (37).

Deux études sur le suivi après un bypass, l'une sur une population française et l'autre belge, montraient que le nombre de perdus de vue après une chirurgie bariatrique augmenté avec le temps et qu'en phase postopératoire à court terme il y avait moins de perdus de vue et donc une meilleure observance du suivi (85,86). Ceci montre que l'observance du suivi est plutôt satisfaisante à cette phase, cela peut-être dû au concept de lune de miel expliqué dans la littérature et par une des personnes de notre étude.

Il n'y a probablement pas de chronologie parfaite pour l'organisation du suivi postopératoire, il paraît nécessaire de l'adapter à chaque patient et à chaque chirurgie et d'insister auprès des patients sur la nécessité d'un suivi à vie sur le long terme car plusieurs personnes de l'étude n'avaient pas cette notion et on constate que les ruptures de suivi sont plus fréquentes à long terme.

- Programmation :

La majorité des personnes déploraient l'absence de programmation ou de relance pour les rendez-vous de suivi, certaines proposaient donc de mettre en place un système de rappel pour favoriser l'adhésion au suivi et au rendez-vous.

La mise en place de rappel pour le suivi a été évoquée dans plusieurs documents notamment celui de l'académie de médecine qui préconise de mettre en place des rappels automatiques pour le suivi mais aussi dans la feuille de route pour l'obésité 2019-2022 qui propose la mise en place d'un envoi de message par l'assurance maladie afin d'éviter les perdus de vue (11,56). Des études ont démontré que l'envoi de SMS aux patients dans certaines pathologies ou indications améliorerait l'observance des consignes, on peut citer notamment une étude qui a étudié l'impact de l'envoi d'un SMS les jours précédents la réalisation d'une endoscopie digestive afin de rappeler le rendez-vous et indiquer les règles de préparation, mettant en évidence une diminution des annulations dans le groupe où un sms a été envoyé (87). De plus les études montrent que les patients sont plutôt favorables à la mise en place des rappels par SMS (88).

Le livre blanc, qui a été édité avec l'Académie Nationale de Chirurgie et la Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques, indiquait la nécessité de planifier les rendez-vous des patients dès le début de la prise en charge afin de favoriser l'observance en leur remettant un planning de suivi. Les auteurs parlaient du principe que les patients n'étaient pas actifs dans leur suivi (89). Au vu de ces constatations, un système de rappel automatique pour le suivi pourrait être mis en place en s'appuyant sur les moyens technologiques à notre disposition comme le téléphone pour l'envoi de SMS qui est un moyen de communication peu coûteux. Mais les personnes devraient de leur côté, être plus impliquées dans leur suivi.

Dans notre étude, il a été mentionné par certaines personnes que lorsqu'un rendez-vous était obligatoire cela favorisait leur observance et leur assiduité à ce rendez-vous. De nombreuses publications citent comme référence le modèle des Pays-Bas, pour la prise en charge des patients après la chirurgie bariatrique, où le taux de perdus de vue est plus faible qu'en France. Le pays fonctionne sur le principe d'un forfait avec un nombre de consultations obligatoires prises en charge à effectuer mais en cas de non-observance du suivi une sanction financière peut être appliquée au patient (11). Le livret blanc de la chirurgie bariatrique proposait également de mettre en place un contrat entre les trois parties : patient, équipe médical et établissement, qui mentionnerait les obligations de chacun (89). Il serait intéressant d'étudier la faisabilité d'un suivi obligatoire avec la mise en place de sanctions ou pénalités en cas de non observance de ce suivi. Cela pourrait permettre d'inciter les patients à poursuivre leur suivi et ainsi favoriser l'observance.

15) Observance et adhésion des consignes

- Observance des règles hygiéno-diététiques

Les personnes signalaient la difficulté à respecter les règles hygiéno-diététiques au fur et à mesure des années avec en cause une reprise des anciennes habitudes et les difficultés à mêler vie familiale et respect de ces règles. Pour certaines personnes le non-respect des consignes avait engendré une reprise du poids à distance de l'opération. On constate dans les études que le respect des règles hygiéno-diététiques après la chirurgie est meilleur même si l'observance reste limitée et non optimale cependant au plus on s'éloigne de la date d'opération au moins l'observance est bonne (90,91). Certains facteurs associés à une moins bonne adhésion ont été mis en évidence notamment des troubles de l'humeur, un tempérament dépressif ou l'association de troubles du comportement alimentaire et de troubles de l'humeur (92,93). Concernant l'activité physique les facteurs limitants l'observance retrouvés étaient un manque de motivation et une limitation par des pathologies chroniques (92). Certains auteurs insistent sur l'intérêt d'un suivi diététique et par des spécialistes du sport pour favoriser l'adhérence (94).

Ils pourraient être judicieux de repérer les patients les plus à risque de non observance afin de mieux les accompagner, d'être plus vigilant sur l'observance et d'adapter leur suivi postopératoire. Ce repérage des facteurs de risque de non observance doit se faire dès la phase préopératoire afin de mettre en place un suivi personnalisé pour chaque patient. De plus la poursuite du suivi diététique à long terme permettrait d'être attentif au respect des règles hygiéno-diététique et de pouvoir repérer les patients non observants pour pouvoir leur rappeler le plus tôt possible les règles alimentaires et ainsi éviter la reprise de mauvaises habitudes alimentaires qui entraînerait une reprise de poids.

- Observance des suppléments vitaminiques et nutritionnels

Parmi les personnes ayant eu des carences dans l'étude, une inobservance de la supplémentation préventive était en cause pour certaines. Les raisons de cette inobservance étaient l'absence de connaissance de la nécessité d'une supplémentation à vie ou une inadéquation entre un régime alimentaire végétalien et la prise des suppléments.

Le taux d'observance de la supplémentation varie fortement selon les études mais toutes les études s'accordent pour dire que l'observance diminue avec le temps (92,95). Une étude ayant comparé le suivi des patients observant et non observant de la supplémentation a mis en évidence que le suivi médical n'était pas assuré par le même praticien dans les deux groupes. En effet dans le groupe observant les patients avaient un suivi en majorité par le chirurgien alors que dans le groupe non observant le suivi était le plus souvent réalisé par l'endocrinologue ou le médecin généraliste (95). Les causes de non observance retrouvées sont nombreuses dont le coût de la supplémentation, un oubli du traitement, la prise contraignante de plusieurs comprimés par jour avec notamment des difficultés à les avaler, des effets indésirables suite à la prise des suppléments, un goût désagréable, l'absence de prescription de supplément, la non connaissance de la nécessité d'une supplémentation ou l'absence de besoin ressenti par le patient (21,92,95,96). Des pistes ont été évoquées par des patients pour améliorer l'observance notamment diminuer le nombre de comprimés par jour, éduquer les patients, diminuer le coût des suppléments, former les professionnels de santé et avoir un accompagnement par un professionnel de santé notamment le pharmacien (21,92,95–97).

L'amélioration de l'adhésion à la supplémentation vitaminique préventive passe donc par l'action sur ces facteurs notamment un travail sur la galénique des suppléments vitaminiques pour améliorer le goût et la prise mais aussi diminuer le nombre de comprimés en développant des compléments contenant plusieurs vitamines et minéraux. L'intérêt de cette supplémentation en prévention doit être expliqué au patient, de même le remboursement de cette supplémentation pourrait favoriser l'observance car le coût sur le long terme est élevé. Enfin l'élaboration d'un cadre précis avec des recommandations précises sur la supplémentation vitaminique, faciliterait la mise en place de cette supplémentation par les professionnels de santé qui suivent les patients notamment pour les médecins généralistes. Un des acteurs de santé, qui n'a pas été cité par les personnes de notre étude mais qui pourrait avoir une place centrale pour coordonner cette supplémentation, c'est le pharmacien d'officine mais son rôle dans ce parcours reste à définir.

16) Causes d'arrêt du suivi

Certaines personnes indiquaient avoir rompu la totalité ou une partie de leur suivi médical postopératoire, notamment toutes les personnes de l'étude avaient arrêté soit le suivi avec la diététicienne soit avec la nutritionniste soit avec les 2 ce qui concorde avec le rapport de l'académie nationale de médecine de 2017 qui estimait que 12% des patients avaient un suivi satisfaisant (11).

Les raisons de rupture du suivi évoquées étaient diverses dans notre étude.

Le principal motif évoqué était l'absence de conscience de l'intérêt du suivi car les personnes s'estimaient en bonne santé. Ensuite les autres motifs évoqués étaient la peur de réaliser les examens de suivi, un manque de temps, un oubli, un ras le bol du suivi, des raisons familiales, un manque d'écoute du personnel soignant. L'aspect financier, surtout en ce qui concerne le suivi psychologique et diététique, et le temps de trajet étaient également évoqués.

Les facteurs associés à une non adhérence au suivi à long terme dans la littérature étaient le sexe masculin, un âge jeune, les patients ayant eu un mauvais suivi la première année et ceux ayant perdu le moins de poids (17,18). Ces facteurs non pas étaient mis en évidence dans notre étude, ceci pouvant s'expliquer par la taille de notre échantillon composé essentiellement de femmes, plutôt jeunes.

Dans l'étude de Vidal et al. les patients évoquaient comme cause de non adhérence au suivi le travail puis les relations familiales, un déménagement, une reprise de poids ou un oubli et seulement 3% l'absence de nécessité de ce suivi (17).

Une revue de littérature s'est intéressée aux facteurs liés à l'adhésion du suivi postopératoire, mettant en évidence que les personnes avec un emploi étaient plus observantes, ceci pouvant être en lien avec le fait que les personnes ayant une moins bonne couverture sociale avaient un moins bon suivi. Les personnes avec des comorbidités étaient également plus adhérentes au suivi. Concernant l'impact du temps de trajet sur le suivi les études étaient discordantes. Des facteurs psychologiques liés à une moins bonne adhérence au suivi ont été mis en évidence, selon cette revue de littérature, les auteurs ont aussi rapporté que certaines études montraient que les patients non adhérents ne voyaient pas l'intérêt du suivi ou qu'ils avaient un sentiment de honte et d'échec suite aux résultats obtenus après la chirurgie (92).

Pour améliorer l'adhérence au suivi il est nécessaire d'agir sur ces différentes causes mises en évidence, d'autant plus que parmi les personnes de notre étude certaines regrettaient cette rupture de suivi qui avec du recul aurait pu leur être bénéfique selon elles. Mais avant tout il semble primordial de sensibiliser les personnes sur les conséquences à long terme de l'absence de suivi, même chez un patient asymptomatique. De plus ici encore on voit l'importance de repérer les patients les plus à risque de rupture du suivi.

17) Impact dans la vie quotidienne

Toutes les personnes se sont accordées sur le fait que la chirurgie bariatrique entraîne des changements à tous les niveaux aussi bien médical, psychologique, familiale, sociale, ces changements ont parfois été difficiles à accepter.

- Sur le plan médical :

Outre la perte de poids occasionnée par la chirurgie, des personnes ont vu certaines de leurs comorbidités améliorées notamment leurs facteurs de risque cardiovasculaire. De nombreuses études dont l'étude SOS ont permis de mettre en évidence un impact positif sur la morbidité (14,98). Ceci implique de réévaluer régulièrement les traitements, qu'on peut être amené à diminuer voir à arrêter à distance de l'opération en raison de l'amélioration des comorbidités (99).

Chaque traitement et chaque pathologie doivent être réévalués régulièrement après la chirurgie, une consultation dédiée devrait être effectuée par les médecins généralistes après l'opération et au moins tous les ans.

Plusieurs effets secondaires de la chirurgie ont été signalés par les personnes notamment des carences depuis l'intervention. La survenue de carences après chirurgie bariatrique surtout malabsorptive est bien connue en raison notamment de la modification de l'anatomie digestive et des apports alimentaires. Les études insistent sur l'intérêt de surveiller les apports alimentaires, de dépister les carences et de prescrire une supplémentation vitaminique qui parfois même n'est pas suffisante pour prévenir les carences, surtout dans cette population déjà à risque de carences en préopératoire (100,101). Des recommandations précises sur la surveillance biologique et les suppléments systématiques à mettre en place sont nécessaires afin d'éviter ces effets indésirables et orienter les professionnels de santé. Il est nécessaire d'agir en prévention pour éviter la survenue d'effets indésirables et de les dépister le plus précocement possible.

- Sur le plan familial :

La chirurgie bariatrique entraîne de grand bouleversement dans la sphère familiale et l'entourage.

On a pu relever chez certaines personnes la difficulté à accepter le changement de regard des autres engendré par la perte de poids alors qu'elles n'avaient pas encore elles-mêmes pris conscience de leur changement d'apparence. Ces personnes décrivaient un changement dans le regard des gens qui passait d'un extrême à l'autre, avant la chirurgie bariatrique elles étaient dénigrées et moquées en raison de l'obésité, après la chirurgie bariatrique avec la perte de poids le regard était plus flatteur, avec plus d'attirance. Des critiques de l'entourage concernant l'acte de chirurgie bariatrique ont aussi été soulignées, avec par conséquent un manque de soutien.

La préparation en amont de la chirurgie doit intégrer et prévenir le patient du changement de jugement des gens afin que les patients soient mieux préparés et ne vivent pas cette expérience d'une manière traumatisante.

Mais un des points majeurs décrit, était la modification des relations familiales aussi bien avec les enfants que dans le couple, avec parfois une dégradation des relations de couple après la chirurgie. Ces relations étaient notamment impactées par la modification des habitudes de vie. Les personnes n'étaient pas toutes préparées et conscientes de ces changements.

Ces modifications relationnelles sont la conséquence de la nécessité de s'approprier un nouveau corps qui engendre un nouveau comportement ainsi on constate une transformation de la relation à soi-même mais également aux autres dans un sens positif ou négatif (102). Des auteurs décrivaient que la chirurgie impliquait une décision personnelle du patient mais avec un impact familial important (103). L'impact familial est confirmé dans une autre étude où on constate que la chirurgie bariatrique change les habitudes de vie de toute la famille. Dans cette étude qui s'intéresse à l'impact de la chirurgie bariatrique sur l'entourage, il a été mis en évidence une perte de poids significative chez les personnes obèses de la famille, une augmentation des activités quotidiennes et de meilleures habitudes alimentaires au sein des membres de la famille (104).

Plusieurs études, se sont intéressées quant à elle aux relations conjugales après la chirurgie bariatrique, l'une d'elle rapporte une augmentation significative des divorces après chirurgie bariatrique mais surtout chez les personnes qui avaient déjà des problèmes dans leur couple avant la chirurgie (38,105). Il paraît important d'effectuer un travail sur les changements relationnels engendrés. De plus la famille et l'entourage doivent être plus impliqués dans le parcours des patients et prévenus des changements potentiels car le changement du corps va entraîner des changements dans la vie familiale notamment dans les relations et les habitudes de vie.

- Sur le plan social

La chirurgie bariatrique a permis d'améliorer les conditions de travail et la vie sociale de certaines personnes de notre étude, ce qui concorde avec les données de la littérature qui mettent en évidence une amélioration de la qualité de vie notamment dans le domaine du travail avec notamment moins de chômage et une amélioration des performances professionnelles (106). Ces effets sont expliqués par une amélioration de l'activité physique et une meilleure vitalité (106,107).

18) Image corporelle

Plus de la moitié des personnes avaient une meilleure image de leur corps après la chirurgie bariatrique ce qui concorde avec les données de certaines études retrouvant une amélioration de la qualité de vie et de la perception de son corps après chirurgie (28,108). Cependant malgré une meilleure acceptation de leur corps certaines personnes exprimaient encore des complexes et des difficultés à accepter leur corps, les raisons évoquées étaient un complexe en raison du surplus de peau, la difficulté à se regarder et à accepter le changement ainsi que le regard des autres sur son corps ou une plus grande préoccupation pour son image. La littérature explique un phénomène d'ambivalence chez ces personnes, qui ont souvent une mauvaise estime de leur corps avant l'opération. L'ambivalence se caractérise d'un côté par l'aspect positif de la perte de poids mais d'un autre côté les personnes décrivent certaines insatisfactions sur leur nouveau corps notamment en raison d'un excédent de peau (109–112).

Face à cette ambivalence et un sentiment mitigé des patients face à leur corps qu'ils doivent se réapproprier, un travail psychologique autant préopératoire pour les préparer au changement que postopératoire pour les accompagner dans ce changement semble indispensable. Les patients doivent également être prévenus que la chirurgie bariatrique ne permettra pas d'éliminer tous les complexes et que des insatisfactions peuvent persister.

La chirurgie réparatrice a permis à plusieurs personnes d'améliorer leur image corporelle. Une étude réalisée au CHRU de Lille sur la chirurgie des séquelles d'amaigrissement (toutes causes confondues) mettait en évidence que la chirurgie réparatrice dans ce contexte permettait de diminuer les gênes notamment fonctionnelles et esthétiques des patients mais aussi une amélioration sur le plan social et psychologique. Cependant même après cette chirurgie la satisfaction des patients n'était pas complète car les résultats morphologiques ne correspondaient pas toujours à leurs attentes et à leurs espérances (113). D'autres études concernant la chirurgie réparatrice après un amaigrissement dans le cadre d'une chirurgie bariatrique confirme ces résultats avec une amélioration au niveau de l'image corporelle mais des insatisfactions persistent et avec la notion que ces chirurgies ne sont pas dénuées de risque. Les auteurs mentionnent qu'au plus les patients se rapprochent d'un idéal, plus leurs attentes et leurs exigences sont importantes, donc une fois la réalisation d'une chirurgie esthétique pour une partie du corps, c'est une autre partie du corps qui ne satisfait plus le patient (114). Les patients doivent être informés que la chirurgie esthétique est une des solutions pour atténuer des séquelles de l'obésité mais ils doivent être conscient que la chirurgie esthétique n'est pas dénuée de risque, qu'elle a donc des bénéfices et des risques et qu'elle ne permet pas d'éliminer tous les complexes mais par contre elle peut en atténuer certains.

19) Suivi Personnalisé

On a pu mettre en évidence que le caractère et la personnalité des patients impactés sur le suivi, cette constatation amenant l'une des personnes à proposer la mise en place d'un parcours personnalisé adapté à la personnalité du patient.

En effet l'analyse de la littérature met en évidence des profils de patients plus observants au suivi, au respect des règles hygiéno-diététiques et d'autres moins observants. Pour les séances d'éducatons thérapeutiques notamment, il a été mis en évidence des facteurs sociaux et psychologiques associés à l'adhérence et à la non-adhérence des patients à ces programmes (115). Les patients non adhérents avaient un comportement de retrait, d'évitement et une personnalité plutôt anxieuse voir dépressive alors que chez les patients adhérents une instabilité émotionnelle était mis en évidence avec une certaine dépendance et la recherche de la récompense, de l'attachement (115).

Les différences de profil de patients montrent la nécessité d'adapter le parcours au profil du patient, à ses caractéristiques et à sa personnalité mais aussi d'être plus vigilant à certain profil de patient qui pourrait être plus à risque de rupture du suivi.

20) Financement

Le manque de remboursement intégral de l'opération en raison d'une prise en charge en secteur privé a été signalé dans notre étude de même que l'absence d'harmonisation des prix pour une même chirurgie. De plus le suivi aussi bien préopératoire que postopératoire n'était pas pris en charge de la même manière selon le secteur d'hospitalisation.

En France, avant une chirurgie bariatrique il est nécessaire de faire une demande d'entente préalable à la sécurité sociale. Si un accord préalable est obtenu une partie de l'opération sera remboursée par la sécurité sociale et l'autre partie par les mutuelles. Cependant dans le secteur privé les dépassements d'honoraires, parfois importants, sont à la charge du patient.

L'absence de prise en charge intégrale du suivi surtout paramédicale avec l'absence de remboursement des consultations avec la psychologue ou la diététicienne était pointé par les personnes. Pour certaines l'absence de prise en charge financière a été une des causes de leur rupture de suivi. Les données de la littérature ont mis en évidence que le coût non négligeable du suivi était un frein à l'observance de ce suivi mais aussi à l'accès à la chirurgie surtout dans des populations défavorisées engendrant des inégalités d'accès aux soins entre les populations (116,117). Les médecins généralistes évoquaient également que cette problématique financière, surtout en ce qui concerne les consultations diététiques, était un obstacle à la prise en charge de l'obésité (118). Une des solutions évoquée par le rapport de l'académie national de médecine était notamment la mise en place d'un remboursement des dosages biologiques, des suppléments vitaminiques et des consultations diététiques et psychologiques (11).

En ce qui concerne les suppléments vitaminiques plusieurs personnes de notre étude signalaient qu'elles n'étaient pas remboursées mais paradoxalement ce n'était pas un frein à leur prise, ces personnes partant du principe que la chirurgie ne leur avait pas été imposée et qu'elles s'étaient fait opérer en connaissance de cause. Ceci peut sembler paradoxal car pour le suivi post chirurgie le non remboursement de certaines consultations a été décrit comme une des causes d'inobservance de ce suivi par certaines personnes alors que la chirurgie ne leur avait pas non plus été imposée.

Dans la littérature le coût des vitamines a cependant été relevé comme un frein à leur prise mais le rapport de l'académie de médecine retrouvait que le non remboursement de ces suppléments était un obstacle à l'observance que pour un tiers des patients (11,95).

L'académie nationale de médecine et le rapport de l'IGAS s'inspire de l'exemple des Pays-Bas comme modèle de prise en charge, pour proposer la mise en place d'une prise en charge forfaitaire du suivi. Il est également proposé de mettre en place une ALD (affection longue durée) pour les patients s'étant fait opérer (10,11).

La mise en place d'un forfait pour la prise en charge du suivi aussi bien préopératoire que postopératoire devrait être étudiée de même que la reconnaissance en ALD. Une prise en charge financière du suivi pourrait favoriser l'observance et ainsi éviter des complications ou des échecs de la chirurgie et réduirait les inégalités d'accès aux soins. On peut penser également que la prise en charge préventive est moins coûteuse que la prise en charge curative des complications et malgré son coût la chirurgie bariatrique améliore de nombreuses comorbidités et donc indirectement elle diminue le coût de certaines pathologies.

21) Outils d'aide au suivi pour les patients

A l'heure actuelle de la technologie et de la télémédecine peu de personnes nous ont signalé avoir eu accès à des applications mobiles pour leur suivi ou à des outils papiers pour les aider dans le suivi.

De nombreux rapports et publications préconisent de mettre en place des outils d'aide au suivi pour les patients soit sous format papier soit en version numérique et de développer la télémédecine afin d'augmenter l'adhérence au suivi (11,89,92). Des patients et des diététiciens ont été interrogés sur la mise en place de ces technologies pour le suivi postopératoire en chirurgie bariatrique, ils étaient favorables à leurs mises en place en complément d'un suivi en présentiel (119).

Parmi les études ayant étudié la mise en place de ces technologies, on peut citer tout d'abord une étude française sur la chirurgie bariatrique qui a étudié le suivi des patients par internet concluant à une meilleur compliance avec un taux de perdus de vue de 11% à 3 ans (120).

Une autre étude également française a étudié la mise en place d'un suivi par SMS pour le suivi pondéral, l'envoi de messages d'informations et de rappel, mettant en évidence un intérêt important des patients pour ce suivi et permettant de responsabiliser les patients dans leur suivi afin qu'ils soient acteur du suivi (121). Il faut cependant être vigilant à ce que ces technologies ne créent pas un écart et une inégalité entre les patients selon leurs possibilités d'accès à ces technologies (122). La littérature met donc en avant la mise en place de ces technologies pour améliorer l'adhérence au suivi, responsabiliser et autonomiser le patient mais ce suivi doit se faire en complément d'un suivi présentiel et il est nécessaire d'être vigilant à la confidentialité et la validité des données sur ces applications. De plus l'utilisation de ces outils pourrait permettre de lutter contre certains freins au suivi évoqués par les patients comme le manque de temps et le temps de trajet.

22) Rôle diététicien/nutritionniste

Plus de la moitié des personnes ont insisté sur l'importance de l'intervention diététique avant l'opération afin de réapprendre les règles hygiéno-diététiques. Par contre en postopératoire très peu de personnes ont mis en avant le rôle du diététicien ou nutritionniste.

Cependant l'importance du rôle du diététicien à toutes les phases du parcours est bien décrit avec la nécessité d'un suivi à vie. En effet en préopératoire le rôle du diététicien ou nutritionniste sera à la fois thérapeutique, éducatif et informatif avec notamment la nécessité d'un apprentissage des règles hygiéno-diététiques et une préparation à l'après chirurgie. En phase postopératoire précoce son rôle sera d'accompagner le patient dans la reprise progressive de l'alimentation. A distance de l'opération il conseillera et aidera le patient pour adapter son mode de vie, il veillera au respect des règles hygiéno-diététiques, tentera de prévenir certains effets indésirables de la chirurgie notamment les carences et sera attentif à l'absence de reprise de poids qui se produit fréquemment à distance de l'opération (123,124). Cet accompagnement diététique peut se faire dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique. D'ailleurs plusieurs personnes proposaient de poursuivre ce suivi diététique après l'opération. Si un forfait était mis en place pour la prise en charge du parcours, le suivi diététique tout au long du parcours pourrait être intégré à ce forfait.

23) Rôle du psychologue

Dans le parcours HAS préopératoire il est précisé qu'une évaluation psychologique et psychiatrique est nécessaire en préopératoire (13). Plus de la moitié des personnes de notre étude, nous ont signalé avoir rencontré soit un psychologue soit un psychiatre mais cependant elles étaient plusieurs à évoquer ne pas avoir été préparé suffisamment aux changements et conséquences de la chirurgie bariatrique.

Dans la littérature on identifie deux éléments importants de l'approche psychologique, l'évaluation psychologique et la préparation psychologique. La première étape d'évaluation psychologique permet de cerner le patient sur le plan psychologique en l'interrogeant sur son histoire, son comportement alimentaire, son entourage, ses motivations et ainsi pouvoir relever les éléments contre-indiquant la chirurgie ou sur lesquels il faut agir. Deuxièmement une fois que l'évaluation psychologique a été faite, la deuxième étape est consacrée à la préparation psychologique du patient permettant ainsi de le préparer au mieux à la chirurgie bariatrique notamment aux nombreux changements et implications psychologiques (78,125–127).

Plusieurs études ont d'ailleurs montré l'impact du bien être psychologique sur la perte de poids chez les personnes obèses avec de meilleurs résultats chez les patients ayant une bonne santé mentale, d'autant plus que comme nous l'ont indiqué certaines personnes de notre étude, les personnes obèses ont souvent des difficultés psychologiques plus importantes (128,129).

Donc outre l'évaluation psychologique, il est nécessaire que tous les patients bénéficient d'une préparation psychologique avant la chirurgie bariatrique et ce d'autant plus que le bien être mental peut être bénéfique à la perte de poids

Après l'opération peu de personnes ont continué à voir le psychologue, les recommandations française n'imposent pas un suivi psychologique systématique après l'opération sauf pour les patients ayant des troubles du comportement alimentaire ou des pathologies psychiatriques, pour les autres patients le suivi doit être fait au par cas (13).

Cependant comme nous l'avons vu précédemment, la chirurgie bariatrique bouleverse tous les axes de la vie des patients et entraîne de nombreux changements. Un accompagnement psychologique adapté aux patients semble nécessaire afin de les accompagner et les soutenir dans cette phase de transition, ceci faisant parti des propositions faites par les personnes de l'étude. Ce suivi psychologique pourrait lui aussi être intégré dans la mise en place d'un forfait pour le suivi tout au long du parcours. L'entourage familial proche notamment le conjoint devrait également être intégré dans cet accompagnement psychologique au long terme à la fois pour accompagner la personne opérée mais aussi pour que chacun puisse échanger sur le vécu de cette chirurgie.

24) Coordination ville-Hôpital en intégrant le médecin généraliste

Parmi les patients ayant un suivi régulier, le suivi était surtout hospitalier avec le chirurgien mettant en avant un suivi hospitalo-centré et non coordonné avec la médecine de ville alors que les recommandations préconisent un suivi par l'équipe pluridisciplinaire en lien avec le médecin traitant (13). La conséquence de ce suivi hospitalo-centré, est la non intégration du médecin généraliste au suivi des patients, ce qui est confirmé par certaines personnes de l'étude qui ne voyaient pas l'intérêt d'un suivi par leur médecin généraliste considérant que tout était fait à l'hôpital.

Ce manque d'intégration du médecin généraliste au parcours de santé peut dans un premier temps s'expliquer par un manque de communication entre l'hôpital et la médecine de ville.

En effet les médecins signalent tout d'abord un manque de dialogue avec les chirurgiens notamment ils ne sont pas toujours destinataires des courriers ou décisions prises par l'équipe hospitalière, les données IPAQSS constatent qu'environ 7 patients sur 10 (68%) ont leur médecin traitant qui est informé de la décision de la RCP, de même les médecins rapportent dans le rapport de l'académie de médecine qu'ils reçoivent le compte rendu opératoire dans 70% des cas (11,12). Selon les études interrogeant les médecins généralistes, leur satisfaction concernant la correspondance est variable mais tous sont favorables à un renforcement du lien entre l'hôpital et la médecine de ville, ils étaient d'ailleurs favorables à la mise en place d'une fiche de liaison ou d'un carnet de suivi pour renforcer la communication et souhaitaient avoir un numéro ou une adresse e-mail pour joindre facilement les spécialistes. Mais ce qui peut paraître paradoxal c'est que dans plusieurs études le nombre de médecins souhaitant assister aux RCP est minoritaire (61,66,130).

Deuxièmement dans l'étude de Da Silva Pires et al on constate que la plupart des médecins laissent le suivi des patients opérés aux spécialistes (66). Une autre étude rapporte que les médecins généralistes n'effectuent pas nécessairement de suivi spécialisé ou de consultations dédiées à la chirurgie bariatrique (130). Quand on s'intéresse aux facteurs qui selon les médecins sont un frein au suivi en ville on retrouve un manque de temps, de moyen, de connaissance et de communication avec l'équipe spécialisé. Les médecins déclarent également ne pas être informés sur leur rôle dans ce suivi. Ils proposent notamment d'avoir des documents précis pour savoir quel suivi ils doivent effectuer (11,61,66,130).

En 2015 le communiqué de presse de l'académie nationale de chirurgie décrivait le suivi postopératoire comme le tendon d'Achille de la chirurgie bariatrique. Il relevait notamment 4 axes de difficultés dans cette prise en charge : les difficultés liées aux professionnels, aux patients, aux connaissances et organisationnelles et mettait l'accent sur la nécessité d'une collaboration et coopération interprofessionnelle (131).

Au vu de toutes ces données il semble nécessaire de définir le rôle de chacun dans le suivi en intégrant d'avantage le médecin généraliste et de favoriser la communication et le lien entre la ville et l'hôpital. Chacun doit pouvoir trouver sa place dans ce parcours. Pour cela on peut proposer des guides afin d'accompagner le médecin généraliste dans le suivi des patients, des fiches ou carnet de liaison et la mise en place par le médecin généraliste de consultations spécifiques et dédiées au suivi post chirurgie bariatrique. Le livret blanc qui propose des axes d'amélioration, propose également la mise en place d'infirmier coordonnateur dans ce suivi, ce dernier serait le référent du patient afin de mieux assurer cette coordination (11,61,66,89,130).

Le médecin généraliste devrait être plus intégré aux RCP et il pourrait également assurer le suivi postopératoire ainsi qu'adresser à l'équipe hospitalière une synthèse du suivi. En cas de complications, les personnes pourraient être à nouveau adressées à l'équipe hospitalière.

De plus au vu de l'augmentation croissante des actes de chirurgie bariatrique la mise en place de la coordination du parcours semble primordiale. Cette coordination implique la médecine de ville, l'hôpital et le patient, les trois parties doivent être actives dans ce suivi. Cette coordination pourrait être assurée par un infirmier formé au suivi en chirurgie bariatrique, il existe notamment des formations pour la formation à la coordination des parcours de santé (132).

25) Attente du patient, déni ou conscience des risques

Plus de la moitié des personnes nous ont expliqué qu'avant d'entrer dans le parcours de la chirurgie bariatrique, elles étaient passées par toute une phase de cheminement personnel avec pour certaines un abandon du projet chirurgical quelques années auparavant ne se considérant pas prêtes à cette époque. Ceci montre l'intérêt d'un parcours préopératoire adapté à chaque personne, qui ne soit pas trop court pour permettre de laisser du temps à la réflexion et à la maturation du projet.

Deux personnes indiquaient que leurs attentes préopératoires étaient réalistes.

Une étude a étudié les motivations et attentes des personnes, le principal facteur de motivation à la chirurgie était la santé (52%), suivi de l'apparence (23.6%). Les personnes ayant décidé de se faire opérer principalement pour raison de santé étaient le plus souvent des personnes plus âgées ou des hommes tandis que les caractéristiques des personnes ayant décidé de se faire opérer par rapport à l'apparence ou la gêne occasionnée par l'obésité, étaient le plus souvent des femmes, des personnes plus jeunes ou avec un IMC plus faible mais il n'y a pas été mis en évidence de lien entre le facteur de motivation de la chirurgie et la perte de poids postopératoire (133).

Des personnes ont insisté sur la nécessité que le patient soit conscient des risques de la chirurgie cependant certaines expliquaient que l'euphorie de la chirurgie entraînait inconsciemment un déni des risques même si les risques avaient été expliqués auparavant.

En effet on peut se demander si les personnes de l'étude étaient conscientes des risques de la chirurgie car la moitié ont arrêté tout ou partie de leur suivi s'estimant en bonne santé et ne voyant donc pas l'intérêt de poursuivre ce suivi. Parmi ces personnes certaines ont exprimé par la suite le regret d'avoir arrêté ce suivi. Cette non prise en considération des risques vient-elle d'un défaut de mémorisation, d'un défaut de compréhension, d'un manque d'information, de fausses croyances ou tout simplement d'un déni de la part des personnes ?

On ne retrouve pas dans la littérature d'études s'étant intéressées à la perception des risques de la chirurgie par les patients. L'assimilation des risques de la chirurgie avant l'opération est un élément important à prendre en compte, il paraît nécessaire de s'assurer que les risques et les conséquences ainsi que la nécessité d'un suivi à vie ont bien été compris. Il ne faut pas hésiter à répéter les informations qui auraient pu être non assimilées pendant cette période d'euphorie et d'excitation de la chirurgie.

26) Relation patient-chirurgien

On ne retrouve pas d'études ou de publications qui s'intéressent à cette relation patient-chirurgien et aux attentes des patients vis-à-vis du chirurgien. Dans notre étude en phase préopératoire les attentes des personnes étaient que le chirurgien soit franc et réaliste dans les bénéfices qu'elles pouvaient attendre de la chirurgie et elles insistaient sur la nécessité de mettre en place une relation de confiance avec un chirurgien à l'écoute de ses patients. Il semble donc important que cette relation soit basée sur la confiance et la franchise.

III. Préconisations

A partir de nos résultats de l'étude et des données de la littérature, nous pouvons proposer une liste de préconisations qui pourrait être appliquée au parcours de la chirurgie bariatrique. Les préconisations pour chaque point de rupture sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Points de rupture	Proposition de préconisations
Différentes sources d'information	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance des différentes sources d'information par les professionnels de santé - Mise en place de sources d'information numériques validées, simples d'utilisation et adaptées aux patients : sites internet validés pour la chirurgie bariatrique ou plateforme regroupant les sites internet validés
Qualité et composition de l'information	<ul style="list-style-type: none"> - Donner une information exhaustive et complète avec élaboration d'une check-list des informations à donner au patient en préopératoire - Répéter l'information à chaque consultation et impliquer tous les professionnels dans la délivrance de l'information - S'assurer que le patient a conscience des risques de la chirurgie - Création et utilisation d'outils pédagogiques, variation des supports pour transmettre l'information préopératoire : jeux, vidéo, programme informatique
Facteurs de risque de rupture du suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Repérer les patients les plus à risque de rupture du suivi et d'inobservance - Informer les patients des conséquences de l'absence de suivi et de la nécessité d'un suivi même en cas d'absence de symptôme ou de problèmes
Suivi personnalisé	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi personnalisé et adapté au patient à mettre en place
Modalités d'organisation	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de séances ou journées d'information en préopératoire, d'ateliers d'éducation thérapeutique - Mise en place de groupes de parole à tous les stades du parcours
Secteur d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Fixation de seuil d'interventions pour les hôpitaux autorisant la réalisation des actes de chirurgie - Harmoniser les prises en charge entre le secteur privé et public : les délais préopératoires (délai d'attente), le suivi pluridisciplinaire
Délai intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Différencier le temps d'attente et le temps de préparation - Adapter le délai de préparation au patient
Médecin généraliste Coordination ville-hôpital	<ul style="list-style-type: none"> - Consultation préalable du médecin généraliste pour entrer dans le parcours - Informer les médecins généralistes sur la chirurgie bariatrique en leur exposant les bénéfices et les risques - Informer les patients sur le rôle du médecin généraliste - Intégrer le médecin généraliste au parcours et aux RCP - Améliorer la communication et la collaboration ville/hôpital avec la mise en place de fiche de liaison, de carnet de suivi - Réalisation de document ou guide présentant la conduite à tenir pour le suivi par les médecins généralistes - Mise en place d'une consultation en médecine générale dédiée à ce suivi, suivi assuré par le médecin généraliste

Protocolisation et harmonisation du parcours	<ul style="list-style-type: none"> - Actualiser les recommandations de la HAS avec des recommandations précises et adapter à chaque type de chirurgie - Définir le rôle de chaque professionnel de santé
Retour à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un programme d'accompagnement au retour à domicile
Phase de lune de miel	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels de santé doivent être vigilant pendant cette phase de lune de miel et repérer la fin de cette phase - Informer et sensibiliser les patients de l'existence de cette période de lune de miel
Empathie des soignants	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels de santé doivent avoir une attitude bienveillante et rassurante envers les patients - Instauration d'une relation de confiance et de franchise entre le patient et les professionnels de santé
Programmation du suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'un planning de suivi et rappel automatique du suivi par des SMS
Outils d'aide au suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de la télémédecine pour le suivi - Mise en place de moyens numériques pour le suivi : application mobile, internet, SMS
Observance et adhérence des consignes	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration du pharmacien dans le parcours pour favoriser l'observance - Favoriser l'observance de la supplémentation vitaminique en adaptant la galénique, en informant les patients sur l'intérêt de cette supplémentation, en établissant des recommandations précises pour la supplémentation en vitamines avec création de carnet pour le suivi.
Entourage	<ul style="list-style-type: none"> - Impliquer l'entourage dans le parcours avec l'organisation de réunions d'information pour l'entourage ou en les conviant aux rendez-vous et réunions des patients - Inclure la famille et l'entourage pour les préparer également aux changements
Image corporelle	<ul style="list-style-type: none"> - Préparer les patients aux changements et les prévenir que des insatisfactions peuvent persister car la chirurgie n'éliminera pas tous les complexes - Place de la chirurgie esthétique à expliquer au patient
Hygiéno-diététique	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi diététique à toutes les phases du parcours y compris à long terme - Mise en place de programme de rééducation et d'accompagnement à la reprise d'une activité physique
Psychologique	<ul style="list-style-type: none"> - Différencier l'évaluation et la préparation psychologique en phase préopératoire - Préparation du patient aux différents changements - Suivi psychologique individuel et avec intégration de la famille à toutes les phases du parcours y compris à long terme
Financement	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaissance en ALD - Mise en place d'un forfait pour la prise en charge du suivi incluant les suppléments vitaminiques, le suivi psychologique et diététique

Conclusion

Les bénéfices de la chirurgie bariatrique sont indéniables mais les conséquences bio-psycho-sociales qu'elle engendre ne doivent pas être négligées. On a pu constater que le suivi surtout à long terme fait souvent défaut, hors l'obésité est une maladie chronique qui même en cas de chirurgie bariatrique nécessite un suivi à vie.

Il apparaît nécessaire d'actualiser les recommandations HAS afin d'homogénéiser les pratiques et redéfinir le rôle de chaque professionnel de santé notamment en intégrant d'avantage le médecin généraliste dans ce parcours. Une meilleure coordination du parcours pourrait faciliter la communication et la collaboration entre la ville et l'hôpital, tout en intégrant les moyens numériques modernes pour améliorer le suivi.

La mise en place d'un forfait pour le suivi en y intégrant le suivi psychologique et diététique pourrait permettre d'éviter les ruptures de suivi. De plus, il semble nécessaire de repérer les facteurs de risque d'inobservance et ainsi mettre en place un parcours personnalisé. Cette étude a permis de mettre à jour des points de rupture ayant débouché sur la création de préconisations. Il serait intéressant maintenant d'étudier plus en détail leur faisabilité et les moyens de les mettre en œuvre.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. 2011 [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf
2. Organisation Mondiale de la Santé. Obésité et surpoids [Internet]. 2018 [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Poly2016-Item 251 – UE 8 Obésité de l'enfant et de l'adulte [Internet]. Société française d'endocrinologie. [cité 11 août 2020]. Disponible sur: <http://www.s fendocrino.org/article/828/poly2016-item-251-ndash-ue-8-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adulte>
4. Schlienger J-L. De la chirurgie bariatrique à la chirurgie métabolique : une histoire en devenir Partie 1. L'histoire de la chirurgie bariatrique. Médecine Mal Métaboliques. 1 nov 2015;9(7):714-9.
5. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Certification V2014 – Parcours du patient en V2014 [Internet]. 2015 [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: https://has-sante.fr/jcms/pprd_2974541/en/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014
6. Légifrance. Arrêté du 30 août 2012 fixant le cahier des charges relatif aux expérimentations mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux | Légifrance [Internet]. 2012 [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000026418434&dateTexte=20190716>
7. Hazart J, Lahaye C, Farigon N, Vidal P, Slim K, Boirie Y. Evolution du recours à la chirurgie bariatrique en France entre 2008 et 2014. Bull Epidémiologique Hebd. 2018;(5):84-92.
8. Emmanuelli DJ, Maymil V, Naves P. Situation de la chirurgie de l'obésité- Annexes, Tome II [Internet]. Inspection générale des Affaires sociales; 2018 janv [cité 30 oct 2018] p. 296. Report No.: 2017-059R. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-059R_Tome_II_.pdf
9. Obepi Roche, Recherche Médicale, Maladie Cardio Vasculaire - Roche.fr [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.roche.fr/fr/innovation-recherche-medicale/decouverte-scientifique-medicale/cardio-metabolisme/enquete-nationale-obepi-2012.html>
10. Emmanuelli DJ, Maymil V, Naves P. Situation de la chirurgie de l'obésité- Rapport, Tome I [Internet]. Inspection générale des Affaires sociales; 2018 janv

[cité 14 avr 2019] p. 114. Report No.: 2017-059R. Disponible sur:
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-059R_Tome_I_.pdf

11. Jaffiol C, Bringer J, Laplace J-P, Buffet C, Xi C. Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique. Académie Nationale de Médecine; 2017 p. 27.
12. Haute autorité de santé. Résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins-Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale Campagne 2017 – Données 2016 1e campagne nationale obligatoire [Internet]. 2017 nov [cité 30 oct 2018] p. 61. Report No.: OBE_2017_081217. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/rapport_obesite_2017.pdf
13. Haute Autorité de santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte [Internet]. 2009 [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_obesite_adulte_chirurgie.pdf
14. Sjöström L. Bariatric surgery and reduction in morbidity and mortality: experiences from the SOS study. *Int J Obes.* déc 2008;32(S7):S93-7.
15. 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.* 2013;273(3):219-34.
16. Arterburn DE, Olsen MK, Smith VA, Livingston EH, Van Scoyoc L, Yancy WS, et al. Association between bariatric surgery and long-term survival. *JAMA.* 2015;313(1):62-70.
17. Vidal P, Ramón JM, Goday A, Parri A, Crous X, Trillo L, et al. Lack of Adherence to Follow-Up Visits After Bariatric Surgery: Reasons and Outcome. *Obes Surg.* févr 2014;24(2):179-83.
18. Thereaux J, Lesuffleur T, Païta M, Czernichow S, Basdevant A, Msika S, et al. Long-term follow-up after bariatric surgery in a national cohort. *BJS.* 2017;104(10):1362-71.
19. De Jong A, Verzillib D, Chanques G, Futier E, Jaber S. Risque pré-opératoire et gestion péri-opératoire des patients obèses - ScienceDirect. *Rev Mal Respir.* 2019;36:985-1001.
20. Quilliot D, Sirveaux MA, Ziegler O, Reibel N, Brunaud L. Carences en vitamines, minéraux et éléments traces, et dénutrition après chirurgie de l'obésité - ScienceDirect. *Nutr Clin Métabolisme.* 2017;31:309–320.
21. Ziegler O, Sirveaux MA, Brunaud L, Reibel N, Quilliot D. Medical follow up after bariatric surgery: nutritional and drug issues General recommendations for the prevention and treatment of nutritional deficiencies. *Diabetes Metab.* déc 2009;35(6):544-57.
22. Duboc H, Dior M. Troubles fonctionnels après une chirurgie digestive haute – FMC-HGE [Internet]. Association Française de formation médicale continue en

- Hépatogastro-Entérologie. 2017 [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: https://www.fmcgastro.org/textes-postus/no-postu_year/troubles-fonctionnels-apres-une-chirurgie-digestive-haute/
23. Di Vetta V, Heller A, Pralong F, Favre L. Prise en charge pluridisciplinaire des syndromes de dumping après chirurgie bariatrique. *Rev Médicale Suisse*. 2017;13:655-8.
 24. Montagnac R, Schendel A, Vuiblet V, Peilleron B, Piot O. Chirurgie bariatrique, lithiase oxalo-calcique et insuffisance rénale par néphropathie oxalique - ScienceDirect. *Néphrologie Thérapeutique*. 2011;7:38–45.
 25. Weryha G. Conséquences osseuses de la chirurgie bariatrique. *La lettre du rhumatologue*. mai 2011;(372):1.
 26. Uebelhart B. Conséquences osseuses de la chirurgie bariatrique - Revue Médicale Suisse. *Rev Médicale Suisse* [Internet]. juin 2013 [cité 9 juill 2019];9(1251-1255). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-390/Consequences-osseuses-de-la-chirurgie-bariatrique>
 27. Sanchez-Hernandez J, Ybarra J, Gich I, De Leiva A, Rius X, Rodriguez-Espinosa J, et al. Effects of Bariatric Surgery on Vitamin D Status and Secondary Hyperparathyroidism: A Prospective Study | SpringerLink. *Obes Surg*. 2005;15:1389-95.
 28. Karlsson J, Taft C, Rydén A, Sjöström L, Sullivan M. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *Int J Obes*. 2007;31:1248-61.
 29. De Zwann M, Enderle J, Wagner S, Mühlans B, Ditzen B, Gefeller O, et al. Anxiety and depression in bariatric surgery patients: A prospective, follow-up study using structured clinical interviews - ScienceDirect. *J Affect Disord*. 2011;133:61-8.
 30. Peterhänsal C, Petroff D, Klinitzke G, Kersting A, Wagner B. Risk of completed suicide after bariatric surgery: a systematic review. *Obes Rev*. 2013;14:369-82.
 31. Conason A, Teixeira J, Hsu C-H, Puma L, Knafo D, Geliebter A. Substance use following bariatric weight loss surgery. *JAMA Surg*. 2013;148(2):145-50.
 32. Robert M. Chirurgie de l'obésité : risques et gestion des complications [Internet]. Association Française de formation médicale continue en Hépatogastro-Entérologie. 2016 [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: https://www.fmcgastro.org/textes-postus/no-postu_year/chirurgie-de-lobesite-risques-et-gestion-des-complications/
 33. Fédération de chirurgie viscérale et digestive. Gestion des risques associés à la chirurgie de l'obésité-Synthèse-et-recommandations [Internet]. 2017 [cité 25 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.fcvd.fr/wp-content/uploads/2018/03/FCVD-JN-2017-Synth%C3%A8se-et-recommandations-Chirurgie-de-lob%C3%A9sit%C3%A9.pdf>

34. Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan obésité : les 37 centres spécialisés - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2012 [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/plan-obesite-les-37-centres-specialises>
35. Delcourt A, Andrieux S, Gueorguieva I, Lepage M, Vérier-Mine O, Romon M, et al. Prise en charge de l'obésité sévère de l'adulte dans les Centres spécialisés de l'obésité. Place et fonctions de l'hospitalisation de courte durée. Propositions du Groupe de concertation et de coordination nationale des « Centres spécialisés de l'obésité ». *Obésité*. 1 déc 2015;10(4):293-305.
36. Busetto L, Dicker D, Azran C, Batterham RL, Farpour-Lambert N, Fried M, et al. Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management. *Obes Facts*. 2017;10:597-632.
37. Mechanick J, Youdim A, Jones D, Garvey W, Hurley D, McMahon M, et al. Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient—2013 Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Endocr Pract*. 2013;19(2):36.
38. Lier HØ, Aastrom S, Rørtveit K. Patients' daily life experiences five years after gastric bypass surgery – a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2016;25(3-4):322-31.
39. Silva SSP da, Maia Â da C. Patients' experiences after bariatric surgery: a qualitative study at 12-month follow-up. *Clin Obes*. 2013;3(6):185-93.
40. Graham Y, Hayes C, Small PK, Mahawar K, Ling J. Patient experiences of adjusting to life in the first 2 years after bariatric surgery: a qualitative study. *Clin Obes*. 2017;7(5):323-35.
41. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):50-4.
42. Paolino L, Genser L, Fritsch S, De' Angelis N, Azoulay D, Lazzati A. The web-surfing bariatric patient: the role of the internet in the decision-making process. *Obes Surg*. avr 2015;25(4):738-43.
43. Ren CJ, Cabrera I, Rajaram K, Fielding GA. Factors Influencing Patient Choice for Bariatric Operation. *Obes Surg*. 1 févr 2005;15(2):202-6.
44. Makar B, Quilliot D, Zarnegar R, Levan T, Ayav A, Bresler L, et al. What is the Quality of Information About Bariatric Surgery on the Internet? *Obes Surg*. 1 nov 2008;18(11):1455-9.
45. Akbari K, Som R. Evaluating the Quality of Internet Information for Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 1 nov 2014;24(11):2003-6.
46. Haute Autorité de Santé. La certification des sites Internet santé de novembre 2007 à juillet 2013 [Internet]. [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/jcms/c_334538/fr/la-certification-des-sites-internet-sante-de-novembre-2007-a-juillet-2013

47. Haute Autorité de Santé. Vers une évolution de la certification des sites santé [Internet]. [cité 15 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1590507/fr/vers-une-evolution-de-la-certification-des-sites-sante
48. Netgen. Version brève du DISCERN, une voie d'amélioration de la recherche d'information médicale sur le net [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-217/Version-breve-du-DISCERN-une-voie-d-amelioration-de-la-recherche-d-information-medicale-sur-le-net>
49. Nejmed-Dine K, Bouznad N, Mghari GE, Ansari NE. Niveau de connaissance sur la chirurgie bariatrique chez les sujets obèses marocains. Ann Endocrinol. 1 sept 2017;78(4):438.
50. Giusti V, De Lucia A, Di Vetta V, Calmes JM, Héraïef E, Gaillard RC, et al. Impact of preoperative teaching on surgical option of patients qualifying for bariatric surgery. Obes Surg. oct 2004;14(9):1241-6.
51. Marchand C, Choleau C, d'Ivernois J-F, Reach G. Évaluation de l'éducation thérapeutique de patients obèses avant chirurgie bariatrique à l'aide de cartes conceptuelles. Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ. 1 déc 2009;1(2):S109-17.
52. Verkindt H, Verhelst C, Skorupinski J. Le chemin clinique du patient obèse sévère candidat à une chirurgie bariatrique. Presse Médicale. 1 mai 2018;47(5):439-43.
53. Orth WS, Madan AK, Taddeucci RJ, Coday M, Tichansky DS. Support Group Meeting Attendance is Associated with Better Weight Loss. Obes Surg. 1 avr 2008;18(4):391-4.
54. Hildebrandt SE. Effects of Participation in Bariatric Support Group After Roux-en-Y Gastric Bypass. Obes Surg. 1 oct 1998;8(5):535-42.
55. Mosnier-Pudar H, Hochberg-Parer G. Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? Médecine Mal Métaboliques. 1 sept 2008;2(4):425-31.
56. Ministère des Solidarités et de la Santé. Prise en charge de l'obésité : Agnès Buzyn présente la feuille 2019-2022 [Internet]. 2019 [cité 20 mai 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/prise-en-charge-de-l-obesite-agnes-buzyn-presente-la-feuille-2019-2022>
57. Madan AK, Tichansky DS. Patients postoperatively forget aspects of preoperative patient education. Obes Surg. août 2005;15(7):1066-9.

58. Eggers C, Obliers R, Koerfer A, Thomas W, Koehle K, Hoelscher AH, et al. A Multimedia Tool for the Informed Consent of Patients prior to Gastric Banding. *Obesity*. 2007;15(11):2866-73.
59. France U de L-. Bariatric' Quizz [Internet]. [cité 15 juill 2020]. Disponible sur: [https://www.univ-lille.fr/nc/actualites/detail-actualite/?tx_news_pi1\[news\]=1684](https://www.univ-lille.fr/nc/actualites/detail-actualite/?tx_news_pi1[news]=1684)
60. Martin AR, Klemensberg J, Klein LV, Urbach D, Bell CM. Comparison of public and private bariatric surgery services in Canada. *Can J Surg*. juin 2011;54(3):154-60.
61. Bouvier A, Facy O, Bouvier A, Vergès B, Ortega-Deballon P, Brindisi M-C. Le « poids » du médecin traitant dans l'initiation d'une chirurgie bariatrique. *Obésité*. 1 juin 2016;11(2):151-8.
62. Nguyen NT, Paya M, Stevens CM, Mavandadi S, Zainabadi K, Wilson SE. The Relationship Between Hospital Volume and Outcome in Bariatric Surgery at Academic Medical Centers. *Ann Surg*. oct 2004;240(4):586-94.
63. Christou NV, Efthimiou E. Bariatric surgery waiting times in Canada. *Can J Surg*. juin 2009;52(3):229-34.
64. Gregory DM, Temple Newhook J, Twells LK. Patients' perceptions of waiting for bariatric surgery: a qualitative study. *Int J Equity Health*. 18 oct 2013;12(1):86.
65. Netgen. Chirurgie bariatrique : quelle est la durée idéale de l'itinéraire préopératoire ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-467/Chirurgie-bariatrique-quelle-est-la-duree-ideale-de-l-itineraire-preoperatoire>
66. Pires E, Jacobi D, Couet C. Médecins généralistes et chirurgie bariatrique : une enquête qualitative. *Obésité*. 1 déc 2012;7.
67. Tork S, Meister KM, Uebele AL, Hussain LR, Kelley SR, Kerlakian GM, et al. Factors Influencing Primary Care Physicians' Referral for Bariatric Surgery. *JSLs* [Internet]. 2015 [cité 13 juin 2020];19(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4539491/>
68. Ronsin O, Thuy-Tien NT-A, Boullu S, Dutour-Meyer A, Darmon P. P2042 Étude des perceptions de la chirurgie bariatrique par les soignants d'un CHU et en médecine générale. *Diabetes Metab*. 26 mars 2013;39:A78.
69. Kallies KJ, Borgert AJ, Kothari SN. Patient perceptions of primary care providers' knowledge of bariatric surgery. *Clin Obes*. avr 2019;9(2):e12297.
70. GUIDE-PARCOURS-DE-SOINS-POUR-LE-MEDECIN-TRAITANT-CHIR-BARIATRIQUE.pdf [Internet]. [cité 14 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.ican-institute.org/wp-content/uploads/2015/02/GUIDE-PARCOURS-DE-SOINS-POUR-LE-MEDECIN-TRAITANT-CHIR-BARIATRIQUE.pdf>
71. BARIACLIC – Un conseil bariatrique en un clic [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <https://bariaclic.chu-clermontferrand.fr/>

72. Lynch A. "When the honeymoon is over, the real work begins:" Gastric bypass patients' weight loss trajectories and dietary change experiences. *Soc Sci Med.* 1 févr 2016;151:241-9.
73. Andersen JR, Aasprang A, Karlsen T-I, Karin Natvig G, Våge V, Kolotkin RL. Health-related quality of life after bariatric surgery: a systematic review of prospective long-term studies. *Surg Obes Relat Dis.* 1 mars 2015;11(2):466-73.
74. Filou V, Richou M, Bughin F, Fédou C, de Mauverger E, Mercier J, et al. Complémentarité de la chirurgie bariatrique et de l'activité physique. *Sci Sports.* 1 avr 2018;33(2):65-72.
75. Morana C, Buret-Collignon M, Nocca D. Protocole de rééducation fonctionnelle après chirurgie bariatrique. *Kinésithérapie Rev.* 1 avr 2017;17(184):62-3.
76. Objectif sport pour tous [Internet]. Objectif sport pour tous. [cité 1 août 2020]. Disponible sur: <https://www.objectifsportpourtous.com/mon-concept/>
77. Larocque C, Savard R, Lecomte C. Alliance thérapeutique et abandon des traitements de l'obésité. *Obésité.* 1 sept 2012;7(3):191-8.
78. Giusti V, Radonic I, Savioz V. Implications psychologiques de la chirurgie bariatrique. *Médecine Mal Métaboliques.* 1 oct 2008;2(5):489-95.
79. Netgen. Préparation psychologique à un bypass gastrique [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-334/Preparation-psychologique-a-un-bypass-gastrique>
80. Degrange S, Legrand C, Pétré B, Scheen A, Guillaume M. Représentations individuelles et attribuées de la prise en charge de l'obésité au sein de la triade patient/soignant/famille. *Médecine Mal Métaboliques.* 1 oct 2015;9(6):559-65.
81. Shiri S, Gurevich T, Feintuch U, Beglaibter N. Positive Psychological Impact of Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 19 mai 2007;17(5):663.
82. Lanyon RI, Maxwell BM. Predictors of Outcome after Gastric Bypass Surgery. *Obes Surg.* 22 avr 2007;17(3):321-8.
83. Delin null, Watts null, Bassett null. An Exploration of the Outcomes of Gastric Bypass Surgery for Morbid Obesity: Patient Characteristics and Indices of Success. *Obes Surg.* mai 1995;5(2):159-70.
84. Social Support Systems: A Qualitative Analysis of Female Bariatric Patients After the First Two Years Postoperative | Bariatric Surgical Practice and Patient Care [Internet]. [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/bari.2014.0004?journalCode=bari>
85. Kalantari A, Borgies P, Gallez J-F, Dereppe H, Ponchau O, Miscu C, et al. Évaluation du suivi et du statut nutritionnel après gastric bypass chez 45 patients. *Nutr Clin Métabolisme.* 1 sept 2016;30(3):269.

86. Sirveaux M-A, Witkowski P, Khalife J, Brunaud L, Ziegler O, Reibel N, et al. Comment prédire la perte de vue des patients après chirurgie bariatrique : analyse d'une série de 1281 patients opérés d'un court-circuit gastrique. *Nutr Clin Métabolisme*. 1 mars 2016;30(1):53-4.
87. Deng X, Wang Y, Zhu T, Zhang W, Yin Y, Ye L. Short Message Service (SMS) can Enhance Compliance and Reduce Cancellations in a Sedation Gastrointestinal Endoscopy Center: A Prospective Randomized Controlled Trial. *J Med Syst*. 5 déc 2014;39(1):169.
88. Kempf E, Prévost A, Rousseau B, Macquin-Mavier I, Louvet C, Tournigand C. Les patients ambulatoires atteints de cancer sont-ils prêts pour la télémédecine ? *Bull Cancer (Paris)*. 1 oct 2016;103(10):841-8.
89. livre blanc améliorer suivi post-opératoire chirurgie bariatrique [Internet]. Sante et nutrition. 2016 [cité 21 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.sante-et-nutrition.com/livre-blanc-ameliorer-le-suivi-en-chirurgie-bariatrique/>
90. 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.
91. Elkins G, Whitfield P, Marcus J, Symmonds R, Rodriguez J, Cook T. Noncompliance with behavioral recommendations following bariatric surgery. *Obes Surg*. avr 2005;15(4):546-51.
92. Hood MM, Corsica J, Bradley L, Wilson R, Chirinos DA, Vivo A. Managing severe obesity: understanding and improving treatment adherence in bariatric surgery. *J Behav Med*. 1 déc 2016;39(6):1092-103.
93. Gorin AA, Raftopoulos I. Effect of mood and eating disorders on the short-term outcome of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg*. déc 2009;19(12):1685-90.
94. Silver HJ, Torquati A, Jensen GL, Richards WO. Weight, Dietary and Physical Activity Behaviors Two Years after Gastric Bypass. *Obes Surg*. 1 juill 2006;16(7):859-64.
95. Charras L, Becouarn G, Topart P, Ritz P. Facteurs d'adhésion thérapeutique aux suppléments vitaminiques après chirurgie bariatrique. *Obésité*. 4 août 2011;6(3):177.
96. Mahawar KK, Clare K, O'Kane M, Graham Y, Callejas-Diaz L, Carr WRJ. Patient Perspectives on Adherence with Micronutrient Supplementation After Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2019;29(5):1551-6.
97. Lieutier Vialle C, Luciani J-L, Vaillant A. Rôle d'un pharmacien dans la prise en charge du patient en chirurgie bariatrique. *Actual Pharm*. 1 févr 2018;57(573):50-3.

98. Basdevant A, Paita M, Rodde-Dunet M-H, Marty M, Noguès F, Slim K, et al. A nationwide survey on bariatric surgery in France: two years prospective follow-up. *Obes Surg.* janv 2007;17(1):39-44.
99. Nguyen NT, Varela E, Sabio A, Tran C-L, Stamos M, Wilson SE. Resolution of Hyperlipidemia after Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass. *J Am Coll Surg.* 1 juill 2006;203(1):24-9.
100. Vargas-Ruiz AG, Hernández-Rivera G, Herrera MF. Prevalence of iron, folate, and vitamin B12 deficiency anemia after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg.* mars 2008;18(3):288-93.
101. Folope V, Coëffier M, Déchelotte P. Carences nutritionnelles liées à la chirurgie de l'obésité. *Gastroentérologie Clin Biol.* 1 avr 2007;31(4):369-77.
102. Croiset A, Sordes F. Chirurgie de l'obésité et qualité de vie : ses facteurs déterminants et son évaluation. *Diabète Obésité.* 1 mai 2014;9.
103. Bylund A, Benzein E, Sandgren A. Stabilizing family life after gastric bypass surgery. *Int J Qual Stud Health Well-Being* [Internet]. 25 juill 2017 [cité 1 juill 2020];12(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5614129/>
104. Woodard GA, Encarnacion B, Peraza J, Hernandez-Boussard T, Morton J. Halo Effect for Bariatric Surgery: Collateral Weight Loss in Patients' Family Members. *Arch Surg.* 1 oct 2011;146(10):1185-90.
105. Bruze G, Holmin TE, Peltonen M, Ottosson J, Sjöholm K, Näslund I, et al. Associations of Bariatric Surgery With Changes in Interpersonal Relationship Status: Results From 2 Swedish Cohort Studies. *JAMA Surg.* 1 juill 2018;153(7):654-61.
106. Netgen. Impact de la chirurgie bariatrique sur la santé et la qualité de vie du patient obèse [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-12/30277>
107. Choban PS, Onyejekwe J, Burge JC, Flancbaum L. A health status assessment of the impact of weight loss following Roux-en-Y gastric bypass for clinically severe obesity¹No competing interests declared. *J Am Coll Surg.* 1 mai 1999;188(5):491-7.
108. Teufel M, Rieber N, Meile T, Giel KE, Sauer H, Hünнемeyer K, et al. Body image after sleeve gastrectomy: reduced dissatisfaction and increased dynamics. *Obes Surg.* août 2012;22(8):1232-7.
109. Warholm C, Øien AM, Råheim M. The ambivalence of losing weight after bariatric surgery. *Int J Qual Stud Health Well-Being.* 1 janv 2014;9(1):22876.
110. Kitzinger HB, Abayev S, Pittermann A, Karle B, Kubiena H, Bohdjalian A, et al. The Prevalence of Body Contouring Surgery After Gastric Bypass Surgery. *Obes Surg.* 1 janv 2012;22(1):8-12.

111. Adami GF, Meneghelli A, Bressani A, Scopinaro N. Body image in obese patients before and after stable weight reduction following bariatric surgery. *J Psychosom Res.* mars 1999;46(3):275-81.
112. Fernandez L, Rubinstein M, Dumet N, Dargent J, Parrocchetti JP. Obésité sévère, perte de poids et image du corps après la chirurgie bariatrique. *Obésité.* 1 juin 2015;10(2):151-9.
113. Gahagnon T, Guerreschi P, Pattou F, Martinot-duquennoy V. Étude du service rendu de la chirurgie des séquelles d'amaigrissement au CHU de Lille. *Ann Chir Plast Esthét.* 1 août 2011;56(4):298-307.
114. Cintra W, Modolin MLA, Gemperli R, Gobbi CIC, Faintuch J, Ferreira MC. Quality of Life After Abdominoplasty in Women After Bariatric Surgery. *Obes Surg.* juin 2008;18(6):728-32.
115. Croiset A, Ritz P, Afzali MH, Rogé B, Sordes F. Les déterminants psychosociaux de participation à l'ETP en amont d'une chirurgie bariatrique. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ.* 1 déc 2017;9(2):20204.
116. Bellows CF, Gauthier JM, Webber LS. Bariatric Aftercare and Outcomes in the Medicaid Population Following Sleeve Gastrectomy. *JLS [Internet].* 2014 [cité 2 juill 2020];18(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4254484/>
117. Alexander JW, Goodman HR, Martin Hawver LR, James L. The impact of medicaid status on outcome after gastric bypass. *Obes Surg.* oct 2008;18(10):1241-5.
118. Fayemendy P, Jesus P, Pouchard L, Desport J-C. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et pistes d'amélioration possibles. *Cah Nutr Diététique.* 1 juin 2015;50(3):142-9.
119. Elvin-Walsh L, Ferguson M, Collins PF. Nutritional monitoring of patients post-bariatric surgery: implications for smartphone applications. *J Hum Nutr Diet.* 2018;31(1):141-8.
120. Lechaux D, Bouygues V, Ghaina A. Suivi des patients par Internet : étude de 744 patients depuis janvier 2013. *Eur Res Telemed Rech Eur En Télémédecine.* 1 avr 2017;6(1):35.
121. Sodji M, Berry A, Gadenne A, Daubisse L, Sodji J, Nicolin P, et al. Bilan initial du suivi des patients par SMS en chirurgie bariatrique. Expérimentation en région limousin. *Obésité.* juin 2013;8(2):131-5.
122. Bert F, Giacometti M, Gualano MR, Siliquini R. Smartphones and health promotion: a review of the evidence. *J Med Syst.* janv 2014;38(1):9995.
123. Agnetti R, Chenebault P, Coelho C, Di Valentin E, Junker M, Lambert K, et al. Quel soin diététique dans le cadre de la chirurgie bariatrique ? Recommandations de pratique clinique. *Cah Nutr Diététique.* 1 sept 2011;46(4):178-86.

124. Rivière P. Diététique et chirurgie bariatrique : principes de la prise en charge nutritionnelle des patients. *Médecine Mal Métaboliques*. déc 2019;13(8):654-9.
125. Dziurawicz-Kozłowska A, Wierzbicki Z, Lisik W, Wasiak D, Kosieradzki M. The Objective of Psychological Evaluation in the Process of Qualifying Candidates for Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 1 févr 2006;16(2):196-202.
126. Sogg S, Mori DL. Psychosocial Evaluation for Bariatric Surgery: The Boston Interview and Opportunities for Intervention. *Obes Surg*. mars 2009;19(3):369-77.
127. Savioz V, Morandi S, Giusti V. Rôle du préavis psychiatrique dans l'évaluation préopératoire des patients candidats à la chirurgie de l'obésité. *Cah Nutr Diététique*. 1 sept 2005;40(4):189-94.
128. Larocque C, Lecomte C, Savard R, Stotland S, Sadikaj G. Alliance thérapeutique, état de préparation psychologique et perte de poids. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 oct 2015;173(8):665-74.
129. Palmeira AL, Branco TL, Martins SC, Minderico CS, Silva MN, Vieira PN, et al. Change in body image and psychological well-being during behavioral obesity treatment: Associations with weight loss and maintenance. *Body Image*. 1 juin 2010;7(3):187-93.
130. Rivet P, Verkindt H, Pigeyre M, Romon M, Pattou F. P144: Étude des freins et des attentes des médecins généralistes dans le suivi des patients après chirurgie bariatrique. *Nutr Clin Métabolisme*. 1 déc 2014;28:S143.
131. Gugenheim J, Pattou F, Organisateur GM, Marre P. Réunion d'experts sur le « suivi du patient après chirurgie bariatrique » Vendredi 30 janvier 2015. :5.
132. Université de Lille. Coordination des trajectoires de santé - ILIS [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <http://ilis.univ-lille.fr/index.php?id=77>
133. Libeton M, Dixon JB, Laurie C, O'Brien PE. Patient motivation for bariatric surgery: characteristics and impact on outcomes. *Obes Surg*. mars 2004;14(3):392-8.
134. Haute autorité de santé. Technique de l'anneau gastrique ajustable [Internet]. 2009 [cité 23 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-09/fiche_technique_anneau_gastrique_080909.pdf
135. Haute autorité de santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte Interventions initiales - Réinterventions [Internet]. 2009 [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/obesite_-_prise_en_charge_chirurgicale_chez_ladulte_-_argumentaire.pdf
136. Haute autorité de santé. Technique de la gastrectomie longitudinal [Internet]. 2009 [cité 23 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-09/fiche_technique_gastrectomie_080909.pdf

137. Haute autorité de santé. Technique du bypass gastrique (ou court-circuit gastrique [Internet]. 2009 [cité 23 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-09/fiche_technique_bypass_080909.pdf
138. Topart DP. La dérivation bilio-pancréatique, Qu'en est-il aujourd'hui. Diabète Obésité. mai 2014;9(79):5.
139. Bouvier A, Facy O, Bouvier A, Vergès B, Ortega-Deballon P, Brindisi M-C. Le « poids » du médecin traitant dans l'initiation d'une chirurgie bariatrique. Obésité. 1 juin 2016;11(2):151-8.

Annexes

Annexe 1 : Les différentes techniques de chirurgie bariatrique

1) L'anneau gastrique

L'anneau gastrique, également appelé gastroplastie par anneau, est de moins en moins utilisé en raison des complications qu'il peut engendrer.

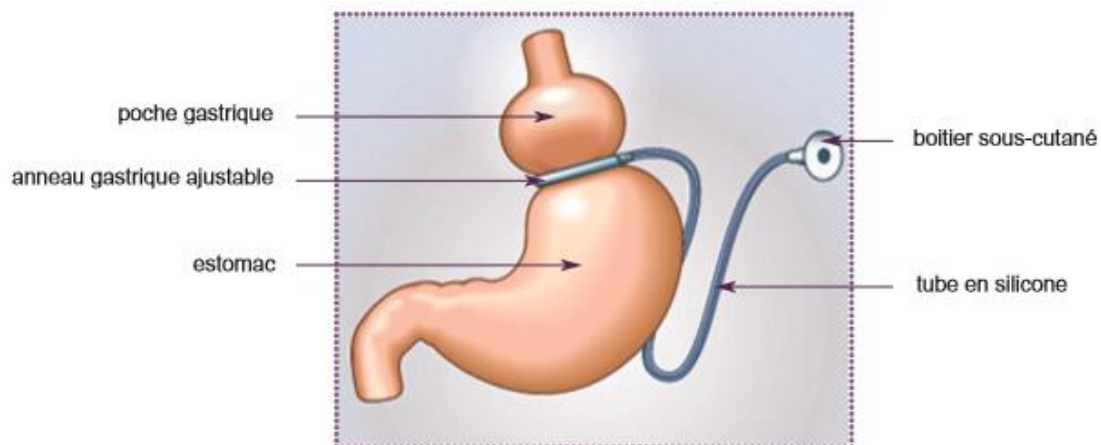


Figure : Anneau Gastrique (134)

Il utilise le principe de la chirurgie restrictive pure, il s'agit d'une méthode réversible. Cette technique consiste à mettre un anneau en silicone à la partie supérieure de l'estomac et ainsi créer une poche gastrique plus petite d'environ 20cc. La taille de l'anneau est ajustable grâce à un boîtier placé en sous cutané, dans lequel on peut injecter de l'eau pour régler la taille (135).

2) La sleeve gastrectomie

La sleeve gastrectomie, appelée aussi la gastrectomie en manchon ou la gastrectomie longitudinale, est en pleine voie d'expansion ces dernières années.

C'est une technique de chirurgie restrictive mais qui est irréversible.

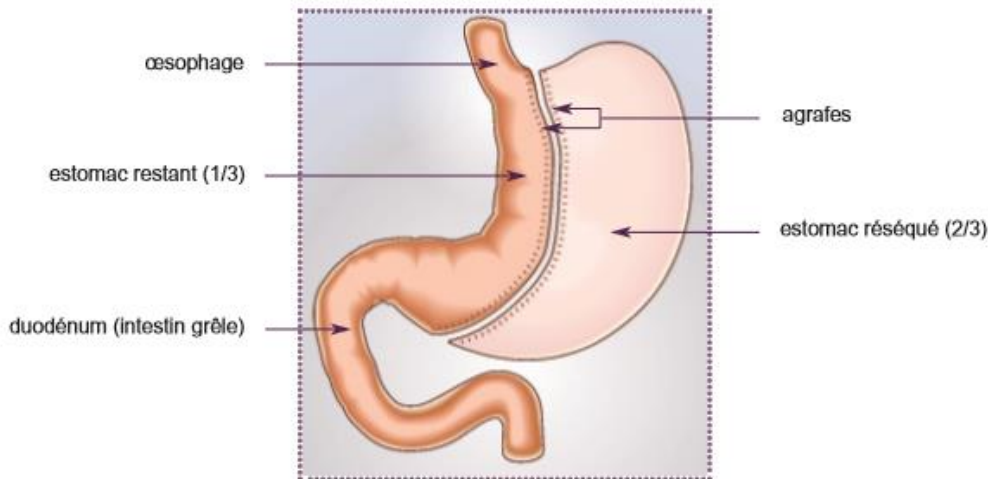


Figure : Gastrectomie longitudinale ou sleeve (136)

Le principe est d'enlever les deux tiers de l'estomac (partie où est secrétée la ghréline qui est une hormone de l'appétit). L'estomac est donc transformé en tube, cette partie restante représente un volume d'environ 60 à 250 ml. Il n'y a pas d'interruption de la continuité digestive ni de trouble de l'absorption (135).

3) Le bypass classique en Y

Appelé aussi court-circuit gastrique, le bypass est une technique à la fois restrictive et malabsorptive, qui a pour but de diminuer la quantité d'aliments ingérés et de diminuer l'absorption des aliments.

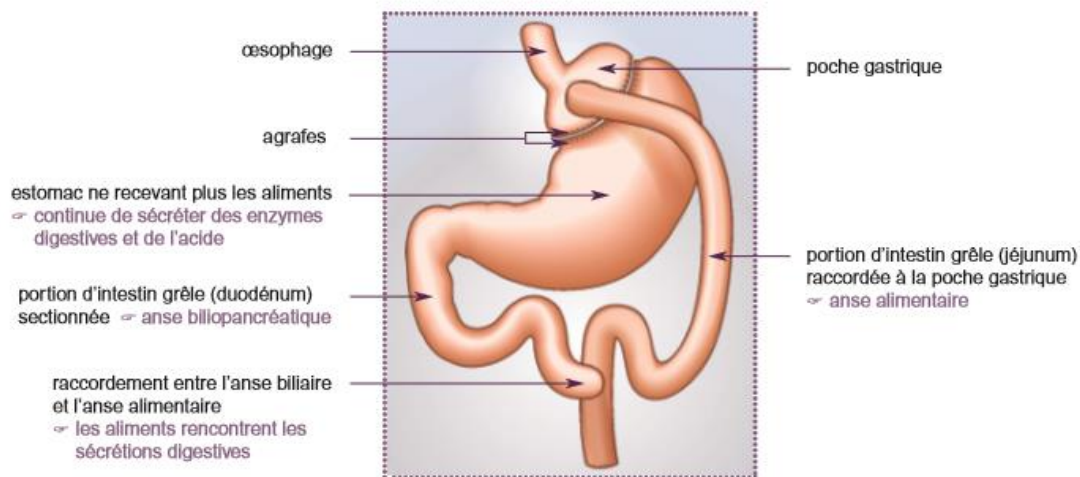


Figure : Bypass en Y (137)

Cette technique, consiste à réduire l'estomac en une petite poche par des agrafes et de former un court-circuit entre cette poche et l'intestin grêle grâce à une anse (alimentaire) en Y réalisant une anastomose gastro-jéjunale.

Il y a également une anastomose au pied de l'anse entre le duodénum et le jéjunum.

Il y a donc 2 anastomoses. La partie sectionnée de l'estomac et le duodénum continue de sécréter des enzymes mais ces sécrétions digestives vont rejoindre les aliments plus bas, au niveau de la deuxième anastomose (135).

Dans cette technique, aucun organe n'est enlevé, on modifie uniquement le circuit digestif.

Cette intervention dure de 1h30 à 3 heures, elle est normalement irréversible (même si quelques exceptions existent).

4) Autres techniques

Les autres techniques, sont moins utilisées que les trois premières, citées ci-dessus.

a) Mini bypass

Le mini bypass en oméga est une technique à la fois restrictive et malabsorptive.

Ici à la différence du bypass classique en Y, la poche gastrique créée est plus longue et il n'y a qu'une anastomose.

b) Dérivation biliopancréatique

C'est une technique mixte qui peut être réalisée avec ou sans « switch duodéal ».

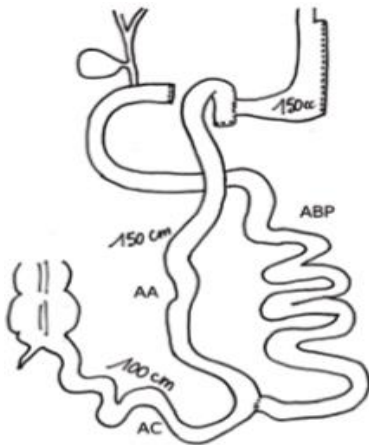


Figure 3 - Dérivation bilio-pancréatique avec switch duodéal (DS).
AA : anse alimentaire (de la sleeve au colon incluant AC-250 cm) ; AC : anse commune (jonction AA-ABP-100 cm),
ABP : anse bilio-pancréatique (longueur variable non mesurée).

La technique avec « switch duodéal » de Manceau, réalise une gastrectomie en manchon et conserve le pylore ainsi que le duodénum proximal puis inversion (switch) du duodénum. Il y a donc une anse alimentaire et une anse bilio-pancréatique avec une anse commune de 100 cm.

Figure (ci-contre) : Dérivation bilio-pancréatique avec switch duodéal (138)

La technique sans « switch duodéal » de Scopinaro, entraîne de nombreuses complications et est donc moins réalisée, elle consiste en une gastrectomie sans conservation du pylore et du duodénum proximal. On a donc aussi une anse alimentaire et une anse bilio-pancréatique mais la anse commune est réduite à 50 cm.

Figure (ci-contre) : Dérivation bilio-pancréatique sans switch duodéal (138)

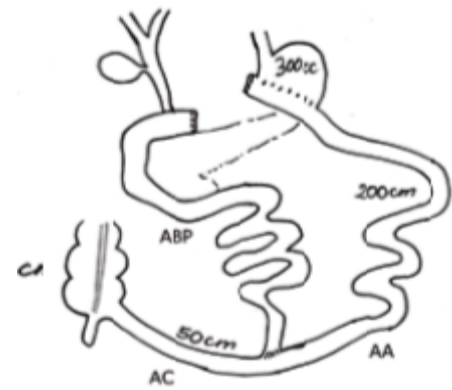


Figure 2 - Dérivation bilio-pancréatique (Scopinaro).

AA : anse alimentaire (de la poche gastrique au colon incluant AC, 250 cm) ;
AC : anse commune (jonction AA-ABP, 50 m) ;
ABP : anse bilio-pancréatique (longueur variable non mesurée).

c) Chirurgie de Masson

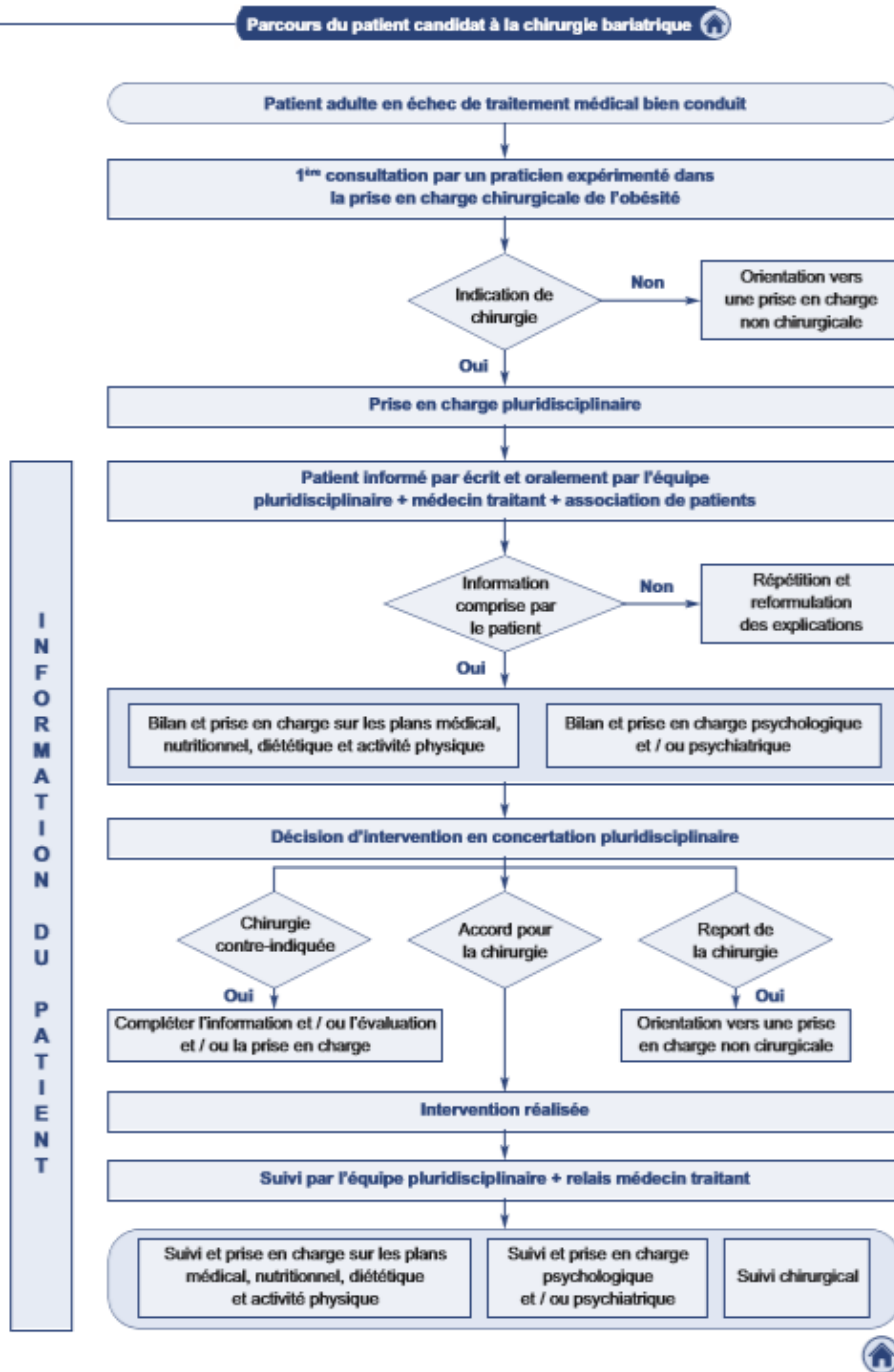
Appelée aussi gastroplastie verticale calibrée, le but est ici de créer une petite poche gastrique à la partie supérieure de l'estomac grâce à une bande et d'agrafer la partie supérieure de l'estomac.

C'est donc une technique restrictive pure.

d) Ballon intra-gastrique

Il s'agit d'un ballon mis en place pendant 6 mois soit de façon libre dans la cavité gastrique soit par fixation à la paroi abdominale.

Annexe 2 : Parcours de santé selon la HAS pour la chirurgie bariatrique



Parcours de santé selon la HAS pour la chirurgie bariatrique (13)

Annexe 3 : Bilan préopératoire recommandé par la HAS

Le bilan préopératoire recommandé par la HAS est (13) :

- Réalisation des mesures anthropométriques : taille, poids et IMC
- Evaluation du coefficient masticatoire et de l'état dentaire
- Evaluation du statut nutritionnel et vitaminique : albumine, hémoglobine, ferritine et coefficient de saturation en fer de la transferrine, calcémie, vitamine D, vitamine B1/B9 et B12.

En cas de déficit nutritionnel ou vitaminique, il est important de les corriger avant l'intervention.

- Bilan des comorbidités associées :
 - Cardiovasculaire et métabolique : HTA, diabète, dyslipidémie
 - Troubles du comportement alimentaire associés
 - Risque thromboembolique
 - Respiratoire : tabagisme, Syndrome d'apnée du sommeil à dépister
 - Hépatique : doser les GGT et transaminases
 - Articulaires et musculo-squelettique
- Fibroscopie œsogastroduodénale avec dépistage d'une infection à Helicobacter Pylori

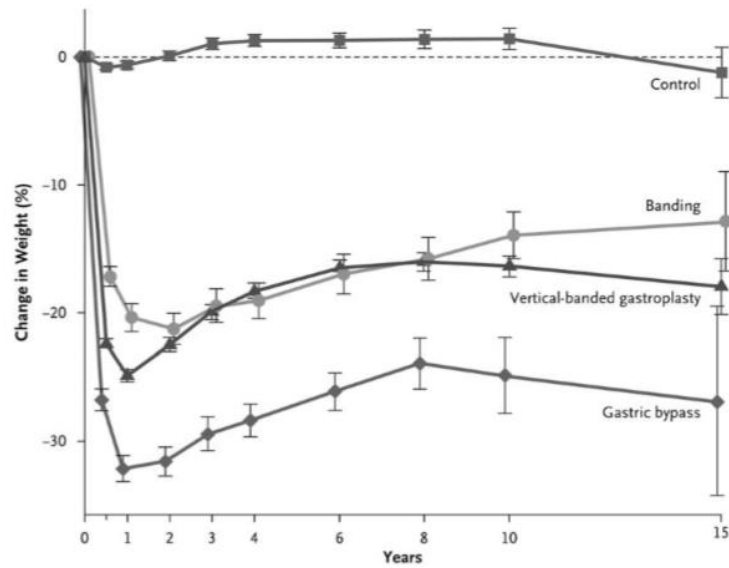
Remarque : si on suspecte des troubles moteurs de l'œsophage et qu'on souhaite effectuer une mise en place d'anneau gastrique, il est nécessaire d'effectuer une manométrie œsophagienne.

- Programme d'éducation thérapeutique à établir avec des activités physiques, conseils alimentaires
- Recherche de contre-indication à la chirurgie et évaluation des motivations par le psychologue ou le psychiatre

- Béta HCG 48h avant la chirurgie (13)

Selon les antécédents du patient, le bilan préopératoire peut-être approfondi, notamment un bilan cardiologique est souvent réalisé chez ces patients qui présentent souvent plusieurs facteurs de risques cardio-vasculaires.

Annexe 4 : perte de poids selon la technique chirurgicale dans l'étude SOS



No. Examined	0	1	2	3	4	6	8	10	15
Control	2037	1768	1660	1553	1490	1281	982	886	190
Banding	376	363	357	328	333	298	267	237	52
Vertical-banded gastroplasty	1369	1298	1244	1121	1086	1004	899	746	108
Gastric bypass	265	245	245	211	209	166	92	58	10

Figure 1 Mean percent weight change during the 15 first study years of the SOS intervention trial in the control group and the three surgical subgroups. I bars denote 95% confidence intervals. From Sjöström *et al.*¹⁸ with permission.

Figure : Pourcentage de perte de poids selon l'étude SOS (14)

Remarque : la gastroplastie verticale calibrée ne correspond pas exactement à la même technique chirurgicale que la sleeve.

Annexe 5 : incidence et rémission des différentes comorbidités après chirurgie bariatrique selon les données de l'étude SOS

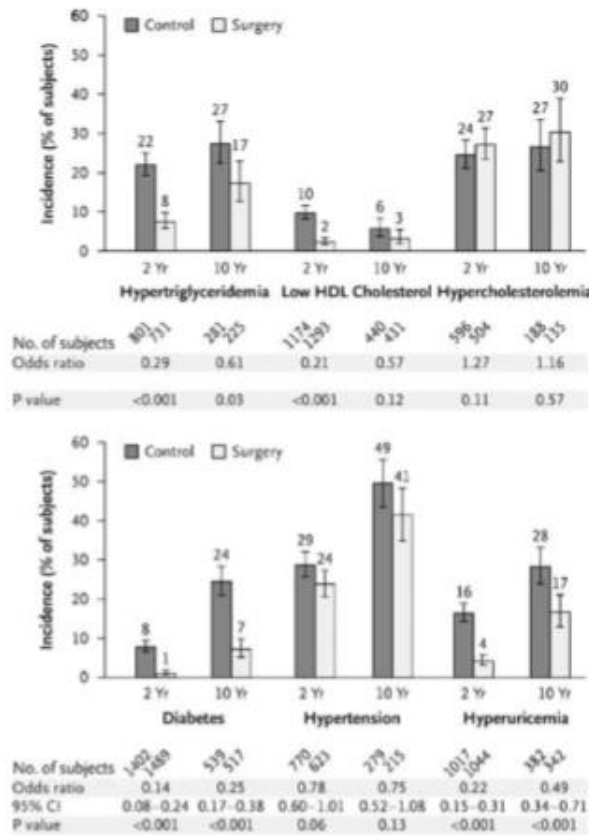


Figure 2 Incidence of diabetes, lipid disturbances, hypertension and hyperuricemia over 2- and 10-year periods among surgically treated subjects and their obese controls in the SOS intervention study. Data are for subjects who completed 2 and 10 years of the study. The bars and the percentage values above the bars show unadjusted values for incidence. I bars represent the corresponding 95% confidence intervals (CIs). Below each panel, the odds ratios, 95% CI for the odds ratios and P-values have been adjusted for gender, age, and body mass index at the time of inclusion in the intervention study. From Sjöström *et al.*⁸ with permission.

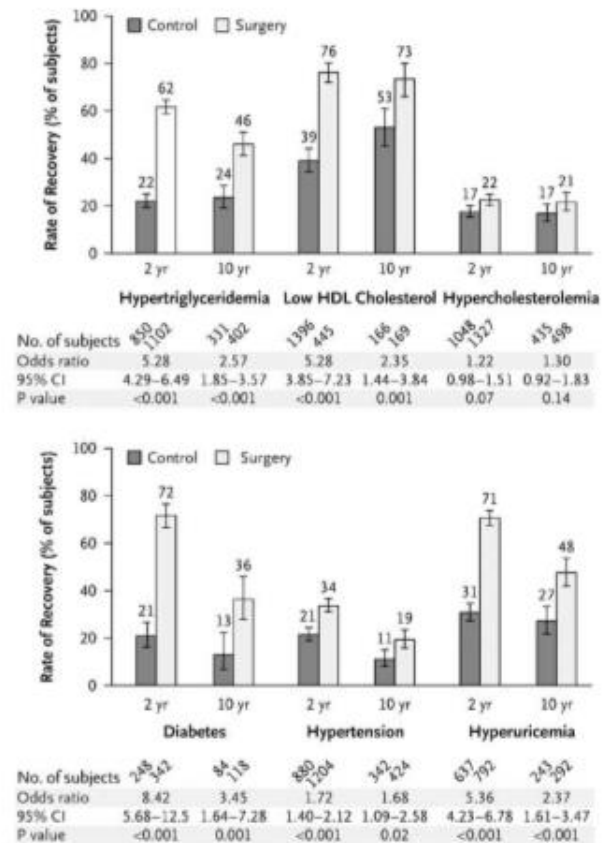


Figure 3 Recovery from diabetes, lipid disturbances, hypertension and hyperuricemia over 2- and 10-year periods among surgically treated subjects and their obese controls in the SOS intervention study. Data are for subjects who completed 2 and 10 years of the study. The bars and the percentage values above the bars show unadjusted recovery rates. I bars represent the corresponding 95% confidence intervals. Below each panel, the odds ratios, 95% CI for the odds ratios and P-values have been adjusted for gender, age and body mass index at the time of inclusion in the intervention study. From Sjöström *et al.*⁸ with permission.

Figure : Résultats de l'étude SOS sur l'incidence et la rémission des différentes

comorbidités après chirurgie bariatrique (14)

Annexe 6 : tableau des complications spécifiques à chaque type de chirurgie**bariatrique** (32,33)

	Anneau gastrique	Sleeve gastrectomie	ByPass
Complications précoces (32,33)	<ul style="list-style-type: none"> - Infection - Perforation gastrique lors de la pose de l'anneau - Occlusion gastrique aigue - Hémorragie par plaie d'organe lors de la pose de l'anneau 	<ul style="list-style-type: none"> - Fistule - Hémorragie - Sténose gastrique 	<ul style="list-style-type: none"> - Fistule digestive - Hémorragie - Abscess - Sténose anastomotique pouvant entrainer une occlusion
Complications à long terme (32,33)	<ul style="list-style-type: none"> - Anomalies liées au boitier - Troubles fonctionnels à type de mégacœsophage - Œsophagite, RGO, dilatation de l'œsophage - Occlusions intestinales - Glissement de l'anneau pouvant aller jusqu'à la dilatation de la poche gastrique - Migration à l'intérieur de l'estomac de l'anneau - Anomalies de serrage de l'anneau 	<ul style="list-style-type: none"> - Sténose gastrique - Occlusion digestives sur brides - Dilatation du tube gastrique - RGO et épigastalgies 	<ul style="list-style-type: none"> - Sténose anastomotiques - Ulcères anastomotiques avec parfois perforations - Occlusions intestinales sur hernies internes

Annexe 7 : Recommandations Américaines suivi postopératoire d'une chirurgie bariatrique

Postoperative Checklist for Bariatric Surgery*					
Checklist Item		LAGB	LSG	RYGB	BPDDS
<i>Early postoperative care</i>					
✓	monitored telemetry at least 24 hr if high risk for MI	✓	✓	✓	✓
✓	protocol-derived staged meal progression supervised by RD	✓	✓	✓	✓
✓	healthy eating education by RD	✓	✓	✓	✓
✓	multivitamin plus minerals (# tablets for minimal requirement)	1	2	2	2
✓	calcium citrate, 1200-1500 mg/d	✓	✓	✓	
✓	vitamin D, at least 3000 units/d, titrate to >30 ng/mL	✓	✓	✓	✓
✓	vitamin B ₁₂ , as needed for normal range levels	✓	✓	✓	✓
✓	maintain adequate hydration (usually >1.5 L/d PO)	✓	✓	✓	✓
✓	monitor blood glucose with diabetes or hypoglycemic symptoms	✓	✓	✓	✓
✓	pulmonary toilet, spirometry, DVT prophylaxis	✓	✓	✓	✓
✓	if unstable, consider pulmonary embolus (PE), intestinal leak (IL)	PE	PE	PE/IL	PE/IL
✓	if rhabdomyolysis suspected, check CPK	✓	✓	✓	✓
<i>Follow-up</i>					
✓	visits: initial, interval until stable, once stable (months)	1,1-2,12	1,3-6,12	1,3,6-12	1,3,6
✓	monitor progress with weight loss and evidence of complications each visit	✓	✓	✓	✓
✓	SMA-21, CBC/plt with each visit (and iron at baseline and after as needed)	✓	✓	✓	✓
✓	avoid nonsteroidal antiinflammatory drugs	✓	✓	✓	✓
✓	adjust postoperative medications	✓	✓	✓	✓
✓	consider gout and gallstone prophylaxis in appropriate patients	✓	✓	✓	✓
✓	need for antihypertensive therapy with each visit	✓	✓	✓	✓
✓	lipid evaluation every 6-12 months based on risk and therapy	✓	✓	✓	✓
✓	monitor adherence with physical activity recommendations	✓	✓	✓	✓
✓	evaluate need for support groups	✓	✓	✓	✓
✓	bone density (DXA) at 2 years	✓	✓	✓	✓
✓	24-hour urinary calcium excretion at 6 months and then annually	✓	✓	✓	✓
✓	B ₁₂ (annually; MMA and Hcy optional; then q 3-6 months if supplemented)	✓	✓	✓	✓
✓	folic acid (RBC folic acid optional), iron studies, 25-vitamin D, iPTH	x	x	✓	✓
✓	vitamin A (initially and q 6-12 months thereafter)	x	x	optional	✓
✓	copper, zinc, and selenium evaluation with specific findings	x	x	✓	✓
✓	thiamine evaluation with specific findings	✓	✓	✓	✓
✓	consider eventual body contouring surgery	✓	✓	✓	✓

*see text for abbreviations; based on general obesity-related risks, GI functional anatomy, and clinical endpoints after specific bariatric surgical procedures.

Recommandations Américaines : suivi postopératoire (37)

Annexe 8 : Guide d'entretien

1. Dans un premier temps, pouvez-vous vous présenter ?

(Âge, profession, sexe, ...)

2. Vous avez bénéficié d'une chirurgie bariatrique. Pourriez-vous me raconter comment se déroule votre suivi depuis votre intervention ?

Annexe 9 : Grille des critères de qualité méthodologique en recherche**qualitative de notre étude (41)**

Ci-dessous la grille COREQ adaptée à partir de la traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (41):

Numéros	Items et questions	Notre étude
Equipe de recherche et de réflexion		
1	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Fanny Masschelein
2	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne de médecine générale en dernière année d'internat
3	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Interne en 5 ^{ème} semestre en stage en cabinet de médecine générale
4	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	Quelle était la formation ou l'expérience du chercheur ?	Première thèse d'exercice et première expérience en recherche qualitative
6	Enquêteurs et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Lettre d'information envoyée avant la réalisation des entretiens et présentation de l'étude et du chercheur en tout début d'entretien
8	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Pas de conflit d'intérêt
Conception de l'étude		
9	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorisation ancrée
10	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Echantillonnage : sélection des personnes par l'intermédiaire de leur médecin généraliste (médecin généraliste contacté auparavant aléatoirement par le chercheur)

11	Comment ont été contactés les participants ?	Contact des personnes d'abord par leur médecin généraliste (par téléphone ou lors d'une consultation) et si les personnes acceptaient elles étaient recontactées par le chercheur par téléphone.
12	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	11
13	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	0
14	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au domicile des personnes ou par visioconférence
15	Y avait-il d'autres personnes présentes outre les participants et chercheurs ?	Non
16	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Caractéristiques de l'échantillon présentées dans les résultats femme ou homme, vivant dans les Hauts de France, ayant eu une chirurgie bariatrique, tout type confondu, ayant été opéré entre 18 et 60 ans
17	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien composé de deux questions ouvertes, guide testé au préalable
18	Les entretiens ont-ils été répétés ?	Non, un enregistrement par personne a été effectué
19	Le chercheur utilisait-il un entretien audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio par dictaphone
20	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant ou après l'entretien individuel ?	Oui quelques notes écrites prises pendant les entretiens.
21	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Durée moyenne de 43 minutes (minimum : 16 minutes et 35 secondes, maximum : 1 heure 34 minutes et 6 secondes)

22	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui, réalisation des entretiens jusqu'à suffisance des données
23	Les retranscriptions d'entretiens ont-elles été retournées aux participants pour commentaire ou correction ?	Non
Analyse des résultats		
24	Combien de personnes ont codé les données ?	Deux personnes
25	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données
27	Quel logiciel a été utilisé pour gérer les données ?	N Vivo 12® pour le codage Word pour la retranscription
28	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
29	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les résultats ? Et les citations sont-elles identifiées ?	Oui Oui
30	Y-avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 10 : Entretien numéro 7

Chercheur : Donc je suis interne en médecine générale et je fais ma thèse sur le parcours de santé, de santé des patients qui ont eu une chirurgie bariatrique afin de recueillir votre avis. Donc l'entretien, il sera enregistré sur dictaphone et ensuite il sera anonymisé. Si à n'importe quel moment vous souhaitez arrêter l'entretien vous avez le droit de dire que vous souhaitez arrêter.

Est-ce que vous avez des questions particulières avant de commencer ?

Informant 7 : Bin non (rigole).

Chercheur : Parfait, vous êtes d'accord pour qu'on commence ?

Informant 7 : Bin on y va, on y va.

Chercheur : Allez-y. Dans un premier temps est ce que vous pouvez-vous présenter ?

Informant 7 : Alors je m'appelle madame L (nom de famille) j'ai actue..., j'ai 41 ans, j'ai été sleevee y a 5 ans maintenant, j'ai 2 enfants, je suis mariée et voilà.

Chercheur : C'est quoi votre profession ?

Informant 7 : Je suis commerçante, je tiens une friagerie.

Chercheur : D'accord et la sleeve elle avait été faite où, l'opération ?

Informant 7 : A Y (ville de l'hôpital du lieu d'opération), à l'hôpital d'Y (hôpital public).

Chercheur : D'accord, ok, alors vu que vous avez bénéficié d'une chirurgie bariatrique pourriez-vous me raconter comment se déroule votre suivi depuis l'intervention jusqu'à maintenant ?

Informant 7 : Alors, j'ai été en journée d'information pour connaître un peu, parce que j'avais entendu qu'y avait des opérations qui pouvaient se faire pour perdre du poids pour surtout les personnes vachement fortes, donc je suis allée en journée d'information, on m'a conseillé d'aller à Y, donc je suis allée à l'hôpital d'Y, je suis allée en journée d'information avec mon mari pour que mon mari il connaisse aussi la chose ceci cela, parce qu'on connaissait pas et puis après ils expliquent comment ça se passe, la possibilité de mort, ils expliquent tout de début à Z, l'intervention de la nutritionniste et du chirurgien et puis après, après tout ça, bin c'est nous qui décidons si on prend, si on fait suite ou pas, donc j'ai mis à peu près parce qu'il faut faire le pour et le contre aussi, c'est pas, c'est pas à prendre ça à la légère surtout et puis j'ai mis je sais pas à peu près 3 mois à prendre une décision et puis et puis je me suis lancée donc ça à .. dès que je me suis lancée ça a été un peu près, un peu près 1 an et demi avant l'opération parce qu'entre deux j'ai fait des séances avec une psychologue alimentaire pour mes comportements... j'ai des comportements comment on peut dire ça des compulsions alimentaires voilà, donc ça a permis d'être en groupe, d'exprimer, d'exprimer son sentiment, le regard des autres, des exercices à faire, ça aide beaucoup voilà puis après tout s'est enchainé des, des rendez-vous donc j'ai fait quoi j'ai fait une fibroscopie, j'ai fait une radio comment on appelle ça l'abdomen....

Chercheur : Un ASP ?

Informant 7 : Echo

Chercheur : Une échographie ?

Informant 7 : Ouai

Chercheur : Une fibroscopie ?

Informant 7 : Pour voir un peu si tout allait bien dans le ventre, j'ai fait ça, ça et puis après je suis rentrée en bilan pré-op, pendant une journée où on a fait plein d'exams, des prises de sang et tout ça, après à la fin j'ai vu le chirurgien qui m'a dit, ça sera... parce qu'en fait c'est vous qui décidez de l'opération, si vous voulez l'anneau gastrique, la sleeve ou le bypass, nous, moi par exemple j'ai décidé de prendre la sleeve, lui le chirurgien peut vous conseiller sur autre chose mais si vous décidez de faire la sleeve ça sera la sleeve voilà, ça s'est passé comme ça pour moi et puis après il m'a donné une date et puis je suis rentrée et puis après l'opération s'est faite. Moi ça a mis un peu plus de temps parce qu'il m'a dit qu'y avait eu du travail (rigole) mais en fait je suis rentrée au matin j'ai été opérée, opérée et après je suis restée 4 jours à l'hôpital, 4 jours à l'hôpital bien suivi donc j'avais une perfusion pour les anti-douleurs et Inexium® pour les reflux gastriques, j'avais eu une sonde gastrique mais ils me l'ont retirée assez tôt parce que je vomissais toujours du sang donc à un moment donné ... normalement tu l'as garde 24 heures, fin y a 5 ans on les gardait 24 heures et ils ont dû me la retirer parce que je vomissais tout le temps du sang donc ils me l'ont retirée et ça c'est bien passé. Donc j'ai fait par contre, moi personnellement je suis montée en tension pendant ... alors le jour de l'opération jusqu'au lendemain je suis montée en tension ils ont même eu peur parce que je suis montée à 20 de tension pourquoi pour qu'est-ce, je peux pas vous expliquer et puis voilà. Et puis après bin j'ai été suivie régulièrement : 1 mois, 2 mois, 3 mois, 6 mois, 9 mois, 12 mois, un an bin 12 mois, 18 mois, 24 mois. Et là tous les ans, voilà.

Chercheur : D'accord, Ok, pour reprendre déjà un peu, j'ai noté quelques petites choses pour rebondir sur certains de vos propos mais c'est très intéressant. Déjà quand vous parlez au début « on m'a conseillé à Y » en fait c'est qui qui vous conseille d'aller à tel ou tel endroit vous ?

(Patiente rigole)

Informant 7 : En fait j'ai ma sœur déjà à la base qui s'est fait opérer av..., 1 an avant moi mais sur R (ville dans une autre région que les Hauts de France), d'accord et après j'ai pas eu une bonne, des bonnes échos sur X (ville d'un autre hôpital que celui où la patiente a été opérée) fin ouai sur l'hôpital G, le docteur à l'époque c'était le Docteur T, j'avais eu, j'avais regardé les gens, un peu écouter, un peu sur internet tout ça et puis un jour on m'a dit bin à Y ils font, ils font des journées d'information, pour informer correctement les gens avant de prendre une bonne décision, pas se lancer comme ça en fait.

Chercheur : En fait la journée c'est avant de prendre sa décision, c'est vraiment pour (Reprend la parole) ?

Informant 7 : Avant deC'est une journée d'information, elle est pas obligatoire en fait, fin elle est pas obligatoire pour continuer en fait dans les étapes, en fait ça vous informe, ça vous explique comment ça se passe, les avantages, les inconvénients et tout ça, voilà.

Chercheur : Quand vous dites après vous avez été avec votre mari, donc en fait tout ce qui est les informations et cetera ils proposent un accompagnement avec votre mari, comment ça se passe ?

Informant 7 : Alors moi j'y suis allée, mon mari était en arrière il ne pouvait pas intervenir mais il écoutait en fait il écoutait ce qu'ils nous disaient voilà.

Chercheur : Quand vous dites « il était en arrière » c'est-à-dire ?

Informant 7 : Bin nous on était autour d'une table, ceux qui étaient concernés

Chercheur : Oui par la chirurgie.

Informant 7 : Et mon mari il était derrière moi, fin sur une chaise derrière mais il écoutait simplement.

Chercheur : Ok et donc quand vous parlez, vous dites « c'est pas à prendre à la légère » qu'est-ce que vous entendez par c'est « pas à prendre à la légère » ?

Informant 7 : Parce que j'ai eu beaucoup d'échos, c'est facile, c'est une facilité de se faire opérer pour perdre du poids, que y a d'autres moyens de perdre du poids mais moi j'en ai fait des régimes, j'ai fait Weight-Watchers®, j'ai fait pleins de régimes qui nont pas forcément fonctionné puisque après j'ai arrêté, c'est là qu'on reprend forcément du poids, après j'ai toujours été, moi j'ai toujours été ronde, j'ai toujours été entre 110 et 115 à peu près quand j'ai connu mon mari je faisais 115 par exemple voilà après j'ai pris du poids à la grossesse après j'ai perdu, après en 7 ans j'ai arrêté de fumer parce que j'étais..., la grossesse, la vie, la vie qui a permis que en 7 ans j'avais pris 40 kilos.

Chercheur : D'accord, Et quand vous dites c'est « facile » qu'est-ce que vous entendez par c'est « facile » ?

Informant 7 : Bin c'est facile dans le sens, au début on se dit on va se faire opérer tranquille, on a pas d'efforts à faire entre guillemets donc c'est une facilité, on peut penser ça d'une façon en fait mais après quand on rentre dans le système en fait on prend ça différemment parce qu'on se dit y a quand même des avantages et des inconvénients, l'avantage ça aide à perdre du poids ça c'est sûr mais y a quand même un suivi derrière qui est un peu ... la perte de cheveux c'est énorme vous pouvez pas savoir (rigole) c'est une horreur, les dents y prennent un coup, les ongles on peut pas avoir des ongles corrects ça c'est clair ils se cassent, ils se ... donc tout ça c'est... c'est quand on est dans le truc en fait on se rencontre des voilà Mais avant on peut se dire ah bah tu te fais opérer c'est facile, c'est une facilité en fait, vous avez pas à faire d'efforts à faire ...

Chercheur : C'est l'impression que vous avez eu que les gens.... (Reprend la parole) ?

Informant 7 : Alors j'ai eu l'impression de ça, que les gens, y en a qu'ils l'ont dit carrément c'est une facilité voilà, après on se dit bin ouai tu fais ça parce que t'es pas capable de perdre du poids toi-même.

Chercheur : C'est le retour des gens qui avaient, qui vous renvoyaient sur la chirurgie en fait ?

Informant 7 : Voilà c'est ça.

Chercheur : Mais vous avec votre recul, maintenant que vous avez été opérée votre ressenti sur «c'est facile» c'est pas le ?

Informant 7 : Ah nan, c'est pas le truc du tout. Avant oui je me suis dit bon je fais ça et puis je me dis voilà parce que je suis pas capable entre guillemets de faire un régime draconien pour perdre du poids, mais c'est pas ça du tout en fait, c'est pas ça du tout, c'est pas ça.

Chercheur : Et donc après cette période d'un an et demi avant l'opération, vous qu'est-ce que vous en pensez de cette période qui dure 1 an et demi, la durée de la période avant de vous faire opérer ?

Informant 7 : Bin moi j'ai trouvé ça assez rapide en fait, ouai, parce que moi je trouve que j'ai été vachement, à Y, on était vachement entouré, parce que à Y y a une unité spéciale pour ça en fait, c'est l'UPR à Y, c'est le Docteur W qui s'en occupe, y a que ça en fait, elle s'occupe que de gens qui vont se faire opérer, qui ont été opérés et que ... et en fait on est vachement bien entouré.

Chercheur : Quand vous dites « entouré » c'est-à-dire ?

Informant 7 : Par le service médical en fait, super bien entouré, donc j'ai fait mes séances avec la psychologue alimentaire, après toutes les étapes comment dire des examens à faire, tout ça donc non je trouve pas si long que ça pour moi mon parcours. Voilà.

Chercheur : Et après quand vous disiez c'est vous qui décidez l'opération, c'est-à-dire ... ?

Informant 7 : Par exemple j'étais avec une dame bin elle elle voulait pas se faire opérer donc elle a fait un anneau, elle voulait pas d'opération parce qu'elle avait peur et puis voilà, elle a peut-être eu de son côté des antécédents qui permettaient pas ... je sais pas j'ai pas été jusque savoir. Après j'avais regardé un peu parce qu'on a beaucoup de documents vous voyiez j'ai beaucoup là c'est mes suivis, on avait eu ça, même ça vous pouvez.... qui expliquent tout... (Elle montre des livrets, feuilles d'explications)

Chercheur : Un livret qui explique tout et qu'on vous remet avant.

Informant 7 : Oui c'est ça un livret qui explique tout, voilà. Et puis, c'était quoi déjà je me souviens plus ?

Chercheur : Je disais, comment dire les informations, le fait que vous étiez entourée et c'est vous qui décidiez l'opération ?

Informant 7 : Après ils vous exposent les 3 opérations, ils expliquent comment ça se passe et tout et après, vous prenez la décision, mais par exemple nous sur le papier j'ai marqué sleeve voilà et à la fin le chirurgien vous avez pris la décision, pourquoi vous prenez ça, pourquoi voilà et puis après par rapport à vos vos antécédents médicaux et ceci cela et il vous juge si c'est bon ou c'est pas bon.

Chercheur : Et qu'est ce qui fait que vous vous avez voulu choisir sleeve plutôt qu'une autre ?

Informant 7 : Parce que c'était couper l'estomac et c'était pas le bypass où on retire directement, fin l'estomac est un peu tronqué, c'était un peu plus complexe le bypass en fait.

Chercheur : D'accord. Ok, alors maintenant une fois que vous avez été opérée, donc vous me disiez y avait des rendez-vous, en quoi a consisté vraiment ce suivi à chaque consultation, en quoi il consiste ?

Informant 7 : Au premier mois on va là-bas, je vais là-bas à partir de 8 heures au matin, on passe, donc on fait une prise de sang à jeun, ensuite on passe au médecin qui vous ... , on prend la tension, on nous pèse, on voit qu'est-ce qui a pas été, qu'est-ce qui gêne, qu'est-ce qui gêne pas, l'alimentation si ça passe, si ça passe pas, si y a ceci si cela, donc on explique un peu, ils nous posent des questions et puis on explique un peu, après on va passer un TOGD, on fait une radio donc voilà pour voir si tout va bien, après on est en groupe plusieurs personnes mais on passe individuel mais après on se rejoint, puis on boit un café, on mange, on mange un bout et puis on discute de nos

Chercheur : De vos parcours ?

Informant 7 : Nos parcours, qu'est-ce qui a été, qu'est-ce qui n'a pas été, qu'est-ce qui va pas ou ceci cela et puis après on repasse au médecin après le TOGD pour voir si tout va bien, il demande si ça va et puis après on voit la nut., la diététicienne pour voir qu'est-ce qu'on mange, qu'est-ce qui va pas, voilà. Et puis après c'est tout on s'en va, voilà. (rigole).

Chercheur : Et ça à chaque rendez-vous ?

Informant 7 : A chaque rendez-vous à Y, là j'ai rendez-vous au mois de mai par exemple.

Chercheur : Donc maintenant c'est tous les combien de temps ?

Informant 7 : Alors là ça va être, là c'est tous les ans et après ça va être tous les 2 ans.

Chercheur : D'accord. Et ça pendant combien de temps ? Vous êtes informée ou pas forcément ?

Informant 7 : On reçoit un courrier, que je suis convoquée.

Chercheur : Les rendez-vous c'est pas vous qui les prenez vous même c'est eux qui ... ?

Informant 7 : Alors quand on est là-bas à la journée on peut demander tel jour au bout d'un an, sinon c'est, sinon c'est eux qui voilà... au bout d'un an moi c'est au bout d'un an...

Chercheur : C'est pas à vous à reprendre rendez-vous à chaque fois ?

Informant 7 : Nan, ils nous, c'est...

Chercheur : C'est refait systématiquement ?

Informant 7 : Systématiquement, voilà.

Chercheur : Donc hormis donc vous rencontrez le chirurgien, la diététicienne, y a d'autres professionnels de santé ... ?

Informant 7 : Alors on peut voir la psychologue alimentaire si on a besoin, on peut voir le psychiatre aussi qui peut intervenir, la psychiatre, la nutritionniste c'est le médecin qu'on voit quand on se pèse ceci cela et puis c'est tout.

Chercheur : D'accord et quand vous dites « on peut voir la psychologue » c'est-à-dire vous qu'est-ce que vous avez fait ?

Informant 7 : Par exemple là, je vais demander pour la voir là ouai.

Chercheur : Parce que vous la voyiez pas systématiquement ?

Informant 7 : Nan pas systématiquement, la diet oui, la diét oui, la nutri, le médecin nutritionniste obli...

Chercheur : C'est obligatoire entre guillemet ?

Informant 7 : Oui obligatoire, la psychologue alimentaire c'est si on en a besoin, si on a besoin

Chercheur : Et qu'est ce qui fait que vous à un moment vous l'avez pas vu forcément ?

Informant 7 : Parce que ça allait en fait.

Chercheur : D'accord. Et qu'est ce qui fait que la maintenant (reprend la parole) ... ?

Informant 7 : Parce que je remange pas trop... mon équilibre n'est pas bien en ce moment, donc j'ai besoin peut-être de vider mon esprit, qu'elle me conseille sur autre chose. Mais la actuellement parce que j'ai repris, j'ai repris depuis le début, après j'ai eu une grossesse entre deux, mais c'est pas une excuse mais c'est un cas ... depuis le début j'ai repris 9 kilos depuis 5 ans, fin depuis le début que j'ai perdu mon poids là actuellement j'ai repris 9 kilos.

Chercheur : 9 kilos par rapport à ce que vous aviez perdu ? C'est ça ?

Informant 7 : Ouai voilà.

Chercheur : Et vous auriez souhaité que la psychologue ... vous la voyiez à chaque fois que ça soit un peu obligatoire, un peu comme la diététicienne ?

Informant 7 : Peut-être pas obligatoire mais peut-être si des séances en fait, peut-être, bon là j'ai fait comme j'ai eu des problèmes de... encore actuellement j'ai des pulsions alimentaires, ça ça se règle pas c'est mental d'accord, c'est pas l'estomac qui fait que, c'est mental, mais je pense que ouai la psychologue alimentaire des séances, peut-être pas à chaque fois mais, parce que là il faut par contre la psychologue alimentaire il faut appeler pour...le dire, voilà dire j'ai besoin de vous voir parce que. Voilà.

Chercheur : Vous pouvez pas le jour même ?

Informant 7 : Le jour même.

Chercheur : C'est que ... Quand vous dites psychologue alimentaire, c'est-à-dire qu'y a plusieurs types de psychologues que vous pouvez voir ?

Informant 7 : Moi on m'a dit que c'était une psychologue alimentaire maintenant euh voilà, c'est une intervenante aussi comme le psychiatre, par contre le psychiatre on le voit qu'une fois avant l'opération c'est tout.

Chercheur : D'accord et après vous le revoyiez pas ?

Informant 7 : Non

Chercheur : Et donc, vous après quand au début vous parliez du regard des autres et cetera, qu'on vous avait tout... on vous avait préparé dans le parcours, parce que comment vous vous l'avez vécu le regard des autres, ça était dans .. ?

Informant 7 : Avant l'opération ?

Chercheur : Oui ou même après parce que vous dites-vous aviez ...

Informant : Mais le regard les autres vous l'avez tout le temps en fait mais même se regarder dans une glace moi je le fait toujours pas, avant je le faisais pas du tout mais même maintenant je le fais pas du tout, je me regarde comme ça mais je vais dire je vais pas me regarder dans une glace ça c'est clair.

Chercheur : Et qu'est ce qui fait que vous arrivez pas à vous regarder dans une glace là maintenant ?

Informant 7 : Parce que peut-être je m'accepte toujours pas, parce que ça aussi c'est le mental aussi, parce que la perte de poids oui vous changez votre corps vous êtes bien mais euh psychologiquement je pense pas ... bin moi je l'ai bien pris moi j'ai toujours, même eux là-bas ils étaient étonnés parce que j'ai toujours le sourire, parce que moi je suis tombée avec une dame ça était une catastrophe elle est partie dans l'anorexie par exemple de l'obésité elle est passée à l'anorexie mais moi j'avais dit je me fais opérer parce que j'en ai besoin parce que physiquement je pouvais plus j'arrivais même plus à jouer avec mon grand quoi c'était arrivé, en plus je travaille en friterie donc c'est quand même un travail...

Chercheur : Physique ?

Informant 7 : Assez physique, donc c'était usant quoi, pour moi c'était usant donc l'opération elle était d'un sens pour moi était obligatoire, je faisais quand même 160 kilos à la base, donc j'avais besoin de ça pour maigrir voilà mais après c'est vrai que me regarder dans une glace je le fais pas forcément.

Chercheur : Le changement a été difficile à accepter après l'opération ?

Informant 7 : Ouai

Chercheur : Et ça vous êtes préparée à ce changement ou pas ?

Informant 7 : On a fait des exercices avec la psy par exemple manger un bout de gâteau, parce que à Y quand vous rentrez c'est une longue allée en fait, moi je regarde jamais les gens je suis... donc elle avait fait, elle nous avait dit de faire un exercice et quand on revenait à la séance d'après fallait lever la tête parce qu'elle me dit c'est peut-être pas vous qui regarde, c'est peut-être votre sac à main qui est jolie, c'est peut-être vos chaussures qui sont jolies, c'est un peu difficile à accepter de dire qu'on te regarde par rapport à ton sac, nan mais..

Chercheur : Oui y a tout un travail la dessus

Informant 7 : Je dis, moi je suis bien d'accord avec vous mais à un moment donné, faut, les gens sont quand même, les autres sont quand même assez méchants on va dire les gens, donc faut pas se dire qu'on vous regarde pour votre sac à main, moi j'ai du mal mais bon, mais après ça était par exemple acheter une viennoiserie et s'asseoir en plein milieu du hall de l'hôpital et manger la viennoiserie devant tout le monde, ça j'ai pas su le faire.

Chercheur : D'accord, Et ça donc justement après étant donné que ça a été déjà compliqué avant, ils ont pas proposé un suivi par la suite ?

Informant 7 : Nan.

Chercheur : Et vous vous auriez souhaité justement avoir ... étant donné que l'acceptation a été difficile ?

Informant 7 : Bin moi je pense que, bin après je suis un peu olé-olé aussi je mais je veux dire je pense pour après il faut.

Chercheur : Qu'est-ce que vous dites quand vous dites « je suis olé olé » ?

Informant 7 : Parce que ...comme ils disent, ils me voient vous êtes souriante vous êtes bien voilà mais je pense que c'est une face caché d'un côté parce que je me dis l'acceptation elle est pas faite, moi je dis l'accep... de changer, de perdre du poids, de changer voilà mais euh je pense qu'on s'accepte pas quand même.

Chercheur : En fait le ...

Informant 7 : Le physique

Chercheur : Le fait d'être joyeuse c'est un peu pour cacher.

Informant 7 : Moi je pense que c'est pour cacher.., moi je me cache derrière.

Chercheur : D'accord, ok. Et quand vous dites le fait qu'y avait des réunions de groupe et cetera ça, qu'est-ce-que vous en pensez des réunions de groupe et cetera ?

Informant 7 : Ah c'est très bien, bien, alors c'est très bien, au début je me suis dit... franchement je suis une face timide normalement (rigole) normalement je suis très très timide donc me trouver toute seule avec des gens et s'expliquer c'était un peu...

Et en fait non vous sortez de là vous avez l'esprit un peu vide quoi, parce que vous avez parlé de vos... et vous vous rendez compte en fait que les gens sont comme vous. Les gens sont comme vous quoi... les mêmes soucis, les mêmes machins et on dit ouai on est tous dans le même, dans le même bain.

Chercheur : Ok. Et après quand vous parlez de votre grossesse, parce que depuis la chirurgie y a eu une grossesse, comment ça s'est passé la grossesse par rapport à la chirurgie bariatrique ?

Informant 7 : Alors ça s'est bien passé.

Chercheur : Vous aviez eu un suivi particulier ?

Informant 7 : Alors ils ont continué à me suivre à Y, donc j'y allais pour ... donc je faisais plus de radio logique et euh, pour voir, pour contrôler un peu mon poids et ceci cela donc j'ai pris à ma grossesse à la fin j'ai pris, j'ai dû prendre 7 kilos, puis après je les ai reperdu mais je les ai repris après.

Chercheur : Et vous aviez eu des informations sur la grossesse avec la chirurgie bariatrique ?

Informant 7 : Alors oui et puis surtout pour être suivie à l'hôpital parce que j'étais suivie pour ma grossesse à l'hôpital de X donc la gynéco je lui ai expliqué que j'avais été sleevee mais tout le monde ne, tout médecin ne connaît pas forcément, ils sont pas bien informés moi je dis, par exemple la gynéco elle a dû appeler à Y pour avoir ... pour être bien informé sur le sujet parce que j'ai pas pu faire l'examen du sucre, ça c'est n'iet et des cafouniets. Donc je lui dis je peux pas le faire, elle me dit bin pourquoi, je lui dis du coup comme j'avais dit je suis sleevee, je peux avoir, faire un malaise ou faire ceci, avoir des conséquences, des conséquences à ce sujet mais après je pouvais pas trop non plus... après je dis je suis pas médecin donc je dis si vous voulez des renseignements appelez Y, ils m'avaient dit si vous avez besoin vous appelez à Y, donc elle a appelé à Y et puis quand je suis allée la voir elle a dit oui j'ai appelé à Y ils m'ont expliqué un peu bon c'est sûr l'examen vous pouvez pas le faire, vous pouvez pas le faire voilà.

Chercheur : Et donc vous qu'est-ce que vous en pensez du fait que les « médecins sont pas bien informés » ?

Informant 7 : Bin c'est chiant parce que en fait bon là c'est parce que j'ai ma grossesse donc faut expliquer en fait donc faut tout dire, j'ai été sleevee y a autant de temps, j'ai perdu autant de poids et puis si les médecins ils sont informés ça va mais si ils connaissent pas la chose comme le Dr D (nom de son médecin généraliste) quand je me suis fait opérer en deux mille..., donc je me suis fait opérer en 2015, je lui en avais parlé en 2014, elle connaissait pas forcément très bien la chose, bin le, donc elle conn... bin oui mais j'ai peur que vous soyez pas suivi correctement ceci cela et puis quand je suis allée à Y qu'elle se rend compte qu'en fait elle reçoit tous les comptes rendus de mes ex., tous les comptes rendus de mes examens, tous mes rendez-vous, obligatoirement elle les recevait donc d'un côté elle était un peu rassurée dans le fait où le suivi il était correct.

Chercheur : Et donc après étant donné qu'on en vient au médecin traitant, c'est quoi elle son rôle justement dans votre suivi ?

Informant 7 : Y a juste quand je lui ai dit, et après elle a ... elle me demandait des nouvelles et qu'elle avait des nouvelles sinon y a pas de suivi, c'était, c'est Y en fait.

Chercheur : Y pas... elle elle a aucun rôle à intervenir la dedans ?

Informant 7 : C'est pas qu'elle a pas de rôle c'est que ... vu que je suis suivie régulièrement à Y, elle elle reçoit juste les, elle suit simplement les comptes rendus quoi.

Chercheur : Le lien entre l'hôpital et le médecin traitant c'est uniquement les comptes rendus ?

Informant 7 : Voilà, c'est tout.

Chercheur : D'accord, Et quand vous dites-vous lui en avez parlé avant, c'était dans quel but en fait ?

Informant 7 : Comme c'est mon médecin traitant, pour qu'elle m'aiguille un petit peu avant que j'aie vraiment faire le seau mais elle connaissait pas .. je pense qu'elle connaissait pas fin c'est un grand mot mais je pense qu'elle était pas assez, assez informée sur ces sujets-là. Que maintenant...

Chercheur : Et vous comment vous l'avez vécu ?

Informant 7 : Bin après la justement oui parce que je me dis si mon médecin peut pas m'informer voilà surtout quand on est dans la décision de prendre oui ou non quoi, fin quand on fait le pour et le contre en fait.

Chercheur : D'accord, vous auriez bien aimé qu'elle vous, qu'elle vous aiguille plus en ... ?

Informant 7 : Après qu'elle me dit oui ou non mais qu'elle m'aiguille, elle connaissait pas je pense, elle connaissait pas le sujet réel en fait je pense.

Chercheur : Donc là maintenant, vous en parlez pas forcément, y a pas de consultations ?

Informant 7 : Pas forcément, avec mon docteur, médecin ... mon docteur traitant non.

Chercheur : Et vous quel .. vous aimeriez bien que ce soit quoi son rôle justement dans votre suivi ?

Informant 7 : Ah bin non, j'ai pas.. parce que je suis bien suivi à Y en fait alors j'ai pas...

Chercheur : Vous trouvez que le médecin traitant y a pas forcément de rôle la dedans, dans votre suivi ?

Informant 7 : Je trouve pas, bah vu que je suis bien suivie, d'un côté en étant peut-être pas suivi correctement peut-être j'aurai besoin de mon médecin traitant pour qu'il m'informe sur certain truc mais là je suis vachement...(rigole) bin je sais pas

Chercheur : Bin c'est bien après d'être bien suivi. Et quand vous dites-vous les voyez une fois par an entre deux de ce fait entre deux y a pas, y a pas de suivi c'est juste une fois par an ?

Informant 7 : Nan, une fois par an, au début oui c'est 1 mois, 3 mois, 6 mois, 9 mois, 12 mois voilà.

Chercheur : D'accord et comment ça se passe s'il se passe quelque chose ?

Informant 7 : On peut toujours les appeler, si on est pas trop bien et qu'on a besoin de parler d'autres choses et tout, on les appelle et ils nous donnent un rendez-vous.

Chercheur : Ça vous est déjà arrivé ça ?

Informant 7 : Nan ça m'est pas encore arrivé.

Chercheur : D'accord, Ok, et quand vous parlez tout à l'heure donc que vous aviez repris du poids hormis par rapport à votre grossesse y avait d'autres choses qui expliquaient cette reprise de poids ou pas forcément ?

Informant 7 : Je pense que mon alimentation a changé mais c'est depuis que j'ai mon deuxième, l'organisation, le fait que je travaille bin midi et soir, le week-end a été que l'alimentation en fait j'ai pas voilà... j'ai laissé un peu tomber entre guillemets c'est-à-dire bin que des fois le midi je mange à la va vite, donc ça va être un bout de fromage, un bout de pain terminé quoi, c'est pas un repas équilibré et le soir avec les enfants c'est un peu space (rigole) c'est peut-être une excuse je sais pas mais donc ça était voilà, maintenant j'essaye de me réorganiser depuis depuis quelques temps là mais, mais c'est pas évident.

Chercheur : Comment dire, gérer la chirurgie bariatrique avec la vie quotidienne c'est un peu .. ?

Informant 7 : C'est pas évident du tout, qu'on me dit pas que c'est facile, c'est pas vrai.

Chercheur : Qu'est-ce que vous entendez par c'est pas évident en fait ?

Informant 7 : C'est pas évident de s'organiser quand on a une vie ... moi j'ai une vie de dingue je peux vous le dire (rigole), j'ai une vie de ouf, mais après c'est mon choix mais s'organiser on peut pas, au début oui mais après on peut pas se dire fin se poser, manger tranquille, mettre ¼ d'heure pour manger c'est ouai, ouai c'est pas...

Chercheur : Quand vous dites au début c'est facile c'est parce qu'après vous reperdez les habitudes ?

Informant 7 : Parce que je pense qu'au début on fait vachement attention, bin après j'ai été à l'arrêt pendant 1 mois, c'est 1 mois après l'opération, bin moi j'ai été à l'arrêt pendant 1 mois donc ça était voilà, on fait rien pendant 1 mois, j'avais pas le deuxième encore mais je veux dire voilà, pas de travail, pas ci, pas la vie de speed en fait. Quand vous repartez dans votre train-train, à un moment donné en fait votre train-train y arrive tellement tellement tellement tellement qu'en fait voilà, vous perdez vite l'habitude de faire ce qu'il faut.

Chercheur : Ca justement on vous en informe, qu'est-ce qu'on ?

Informant 7 : Bin on le dit, fin au début on informe ouai que ça va pas être facile et puis que il risquerait de reprendre mais ils le disent de toute façon au début ils le disent qu'après un certain temps, certaines années on reprend, on reprend du poids, la sleeve on reprend du poids. Voilà. Donc ils informent au départ mais pour ça c'est tout ils disent rien, voilà y a rien d'autre qui est derrière quoi.

Chercheur : D'accord et donc quand vous dites on vous informe, hormis cette reprise de poids, qu'est-ce qu'on vous donne comme autres informations après sur la sleeve, ses complications et cetera, on vous informe de toutes ses complications, du suivi à vie ?

Informant 7 : Voilà j'ai une vitamine B12 à vie voilà, j'ai que ça voilà après quand il fait une prise de sang là il juge parce que moi j'ai ma, j'ai ma créatinine qui a jamais été bonne donc j'ai été voir un ...

Chercheur : Néphrologue ?

Informant 7 : Un néphrologue qui m'a dit que c'était ... mes reins ils étaient normaux, j'avais un rein qu'y avait un petit peu plus de difficulté que l'autre, plus de difficulté que l'autre un rein. En fait c'est une genre de maladie de plus de 62 ans en fait, j'ai un rein qui a du mal à fonctionner par rapport à l'autre mais fallait pas s'alarmer mais donc voilà quand je vais faire ma prise de sang par exemple j'ai un manque de fer, donc j'ai eu un traitement de fer voilà. Après voilà ils mettent tout...après à chaque fois que vous y allez en fait par rapport à votre prise de sang ils mettent en route...

Chercheur : Ils s'adaptent ?

Informant 7 : Ils s'adaptent ouai voilà.

Chercheur : Mais ça toutes les complications, les risques de carences on vous avait donné des informations ?

Informant 7 : Donc euh la première, la première année moi j'ai eu de la vitamine B9, j'ai eu pas mal de vitamines en fait, l'Inexium® que je prends encore de temps en temps parce que j'ai toujours ... mais après moi je suis une buveuse de café donc forcément ça joue beaucoup et donc puis après au bout d'un an ils voilà, j'ai eu moins, j'ai plus eu de vitamines à part la vitamine B12 tous les 3 mois qui est obligatoire à vie ouai.

Chercheur : Ok, d'accord. Et après quand vous parlez des compulsions alimentaires ça donc justement qui existaient avant l'opération vous aviez comment dire, on avait essayé avant l'intervention d'agir sur ces compulsions ?

Informant 7 : Ouai tout ce qui est compulsions, c'est l'ennui, rester chez soi et ceci cela, tout ça ça joue mais bon, après on essaye de voilà mais ça revient quand même les compulsions, les compulsions c'est mental, on se fait pas opérer du cerveau (rigole).

Chercheur : Donc en fait, pour résumé vous vous trouvez que votre suivi aussi bien avant qu'après l'opération a été vraiment satisfaisant mais donc qu'est que vous pourriez dire, qu'est-ce que ça a changé dans votre vie justement la chirurgie ?

Informant 7 : Bin déjà bouger, peut-être pas s'accepter soi-même parce que ça on s'accepte jamais moi je dis, pour moi perso, moi perso mais euh bouger, mieux travailler.

Chercheur : Quand vous dites bouger c'est-à-dire ?

Informant 7 : Bin moi je bougeais plus, j'étais arrivée à un stade où j'allais travailler je rentrais poser, m'allonger, je faisais que ça en fait, je savais plus jouer avec mon enfant je respirais plus, j'étais vite (montre qu'elle était essoufflée) voilà.

Chercheur : Ça c'était par rapport au poids que vous disiez que vous pouviez plus faire ?

Informant 7 : C'est par rapport au poids, parce que j'ai à part la glande thyroïde j'ai aucun soucis...

Chercheur : de santé ?

Informant 7 : De santé

Chercheur : Et après qu'est-ce que vous vous pensez qu'on pourrait améliorer, votre avis sur qu'est-ce qu'on pourrait améliorer dans le suivi après une, la chirurgie bariatrique ?

Informant 7 : Bin moi comme je vous dis je suis suivie donc ça va, moi je pense que la psychologue alimentaire un peu plus présente après ça serait bien.

Chercheur : Ok, pour vraiment vous suivre après sur le changement.

Informant 7 : Moi je pense parce que ouai, déjà pouvoir s'accepter soi-même ce qui n'est pas évident même avec la perte de poids, qui ne sera jamais évidente non plus moi je dis et puis ouai je pense que la psychologue alimentaire après ouai le suivi serait très bien, un peu plus présente, peut-être pas tout le temps mais un peu plus présente.

Chercheur : D'accord, ok donc en résumé donc vous votre suivi vous trouvez qu'il est vraiment satisfaisant...

Informant 7 : Moi satisfaisant.

Chercheur : Après y a votre médecin traitant a pas forcément de rôle mais vous vu que vous êtes bien suivi de l'autre côté... (Reprend la parole)

Informant 7 : Parce qu'elle était pas si informée que ça y a des années je pense maintenant elle est un peu plus informée parce que ma mère s'est fait opérer là au mois de mai va y avoir 1 an, elle est un peu plus présente dans son suivi mais elle est pas, malheureusement elle est pas aussi suivie que moi à Y parce qu'elle s'est fait opérer à H (ville lieu opération de sa mère) par exemple, à la polyclinique d'H ma mère, elle est pas si suivie que ça.

Chercheur : Et vous trouvez que le suivi est différent selon les lieux ?

Informant 7 : Il est très différent parce que moi je me suis fait opérer y a 5 ans, va y avoir 5 ans ma mère 1 an, y a des choses, moi j'ai pas le droit aux anti-inflammatoires non stéroïdiens, ma mère n'est pas informée sur ce sujet, c'est moi qui lui a dit t'as pas le droit de prendre ça, bin on lui a pas informé.

Chercheur : Et votre mère c'est aussi une sleeve ?

Informant 7 : Une sleeve aussi, mon père aussi mais lui à N (ville lieu opération de son père), y a eu mon père au mois d'aout.

Chercheur : Donc oui vous vous avez pu comparer les différents lieux ?

Informant 7 : Bin déjà ma sœur avant moi qui n'a pas été suivie pareil du tout après après moi, mon suivi qui est parfait, pour moi il est parfait correcte on va dire et le suivi de mes parents, ma mère derrière je me dis (respire fort).

Chercheur : Vous trouvez vraiment que selon les lieux y a vraiment un suivi différent ?

Informant 7 : Moi je pense suivant les établissements y a des suivis différents.

Chercheur : Mais après vous trouvez quand même que votre médecin traitant y a une évolution ? (reprend la parole)

Informant 7 : Par rapport à ma mère je vois elle est, elle s'informe un peu plus au sujet de ma mère voilà.

Chercheur : Vous trouvez que les médecins sont plus informés maintenant qu'y a ?

Informant 7 : Je pense que les médecins mais tout dépend je pense ce que pense les médecins parce que y en a ils sont pour, y en a ils sont contre.

Chercheur : Et donc qu'est-ce que vous pensez par « y en a ils sont pour ou contre » ? Quel vous, était l'avis de votre médecin à vous ?

Informant 7 : Moi au départ elle était pas si pour, elle était pas pour je dirai à mon stade, maintenant je pense qu'elle est pour, parce que justement peut-être parce que moi je suis l'une de ses premières je pense, je pense. Elle m'a envoyé à F (nom de ville) à prévoir je sais pas quoi, ouai à Prevenar, bon ça c'est, je dis non moi je veux, elle dit bin retournez à Prevenar voir, parce que moi j'avais été par rapport à la cigarette voir si ils peuvent pas...

Chercheur : Prevenar c'est un centre où ils font aussi de la chirurgie de l'obésité ?

Informant 7 : C'est un centre à F, bin pas spécialement y a le diabète, y a .

Chercheur : Y a plein de chose. D'accord, ok. Donc vous trouvez qu'y a quand même donc une évolution sur le, sur les médecins sur leur information.

Informant 7 : Ouai je pense c'est un peu plus, informé dans le sens ouai moi je suis l'une de ces première je pense qui a été ...

Chercheur : Opérée ?

Informant 7 : ... je pense, qui a été opérée et qui a eu suivi en fait voilà. Parce qu'elle avait peur en fait que je fasse ça et qu'on m'abandonne entre guillemets et qu'après bin je me débrouille toute seule en fait, c'est peut-être ça.

Chercheur : D'accord c'est votre ressenti par rapport à ça.

Informant 7 : C'est mon ressenti maintenant.

Chercheur : D'accord, ok, je sais pas si vous avez d'autres choses à ajouter sur la chirurgie bariatrique et le suivi ?

Informant 7 : Bin moi je trouve que moi j'ai une bonne expérience, je regrette pas de l'avoir fait au contraire même si on s'accepte toujours pas ou.... On s'accepte un peu mieux mais sans être....

Chercheur : Y a un travail...

Informant 7 : Voilà, y a encore un travail, après nan (rigole).

Chercheur : Bin parfait si vous avez pas d'autres choses à ajouter c'est parfait.

Informant 7 : Nan voilà

Chercheur : Ok ça marche. Merci

AUTEUR : Nom : MASSCHELEIN

Prénom : Fanny

Date de soutenance : le 15 septembre 2020

Titre de la thèse : Chirurgie bariatrique : Parcours de santé des patients, Point de vue des patients

Thèse - Médecine - Lille « 2020 »

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : DES de médecine générale

Mots-clés : chirurgie bariatrique, parcours de santé, patient

Contexte : La chirurgie bariatrique est un traitement de 2^{ème} intention de l'obésité, actuellement en plein essor avec 60670 interventions en 2016, dont l'efficacité a été démontrée dans l'étude SOS sur la perte de poids et sur certaines comorbidités. Cependant la qualité du suivi fait défaut avec 12% de patients ayant un suivi de qualité à 5 ans selon un rapport de l'académie nationale de médecine. L'objectif principal de l'étude était de mettre en évidence, d'après les patients, les éléments entraînant un suivi non optimal dans le parcours de la chirurgie bariatrique.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de patients des Hauts-de-France ayant eu une chirurgie bariatrique, tous types confondus entre 18 et 60 ans. Le recrutement des patients a été réalisé par le médecin généraliste, préalablement contacté et informé par le chercheur. Les entretiens ont été réalisés au domicile des patients ou par visioconférence, enregistrés sur dictaphone puis anonymisés. Le codage a été réalisé par deux chercheurs à l'aide du logiciel NVivo 12 ®.

Résultats : Même si la plupart des personnes ne regrettaient pas la chirurgie bariatrique, elles étaient toutes unanimes sur le fait que la chirurgie bariatrique engendrait de nombreux changements à la fois biologiques, psychologiques et sociaux, qu'il est parfois difficile d'appréhender et auxquels elles ne sont pas toujours préparées.

Parmi les principaux points de rupture nous retrouvons un manque d'harmonisation des pratiques, un manque de recommandations pour le suivi, un manque de coopération et de coordination entre les professionnels de santé, un manque d'intégration du médecin généraliste au parcours, l'absence de rôle défini des différents professionnels de santé, une mauvaise observance du suivi chez certains patients et un manque de conscience des patients de l'intérêt du suivi.

Conclusion : De ces points de rupture, des préconisations ont pu être créées. Il reste maintenant à étudier leur faisabilité par d'autres études afin de savoir si elles permettent d'optimiser le parcours de santé des patients ayant eu une chirurgie bariatrique.

Composition du Jury :

Président : Professeur François PATTOU

Asseseurs : Professeur David SEGUY, Professeur Marc BAYEN

Directeur de thèse : Docteur Emeline DECARPENTRY