



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2020

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Chirurgie Bariatrique : Parcours de santé des patients, point de vue
des Médecins Généralistes**

Présentée et soutenue publiquement le 15 Septembre 2020 à 16 heures
au Pôle Formation
par **Aude KERLOC'H**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PATTOU

Assesseurs :

Monsieur le Professeur David SEGUY

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Émeline 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

IMC : Indice de masse corporel

HAS : Haute Autorité de Santé

AVC : Accident vasculaire cérébral

RGO : Reflux gastro-oesophagien

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAS : Syndrome d'apnée du sommeil

PTH : Parathormone

HTA : Hypertension artérielle

ARS : Agence régionale de santé

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

CSO : Centre spécialisé de l'obésité

DMP : Dossier médical partagé

Table des matières

Introduction	10
I. Obésité	10
1. Définitions	10
1.1. Définir l'obésité	10
1.2. Parcours de santé	11
2. Contexte épidémiologique	12
3. Conséquences sur la santé	14
II. Prise en charge médicale de l'obésité	15
1. Prise en charge médicale de l'obésité	15
2. Quand est-il de l'orlistat, seul médicament luttant contre l'obésité ?	17
III. Prise en charge chirurgicale de l'obésité	18
1. Historique de la chirurgie de l'obésité	18
2. Efficacité de la chirurgie bariatrique	19
3. État de la chirurgie bariatrique en France	20
4. Techniques de chirurgie	21
5. Complications	22
5.1. Complications communes	22
5.1.1 Complications métaboliques	22
5.1.2 Complications lithiasiques	25
5.1.3 Complications fonctionnelles	25
5.1.4 Complications psychiatriques	26
5.2. Complications spécifiques	27
6. Indications de la chirurgie bariatrique	28
7. Bilan pré opératoire	29
IV. Suivi post-chirurgical	29
1. Suivi recommandé en France	29
1.1. Nutritionnel et vitaminique	29
1.2. Comorbidités et traitement	30
1.3. Éducation thérapeutique	30
1.4. Suivi psychologique	30

1.5. Suivi chirurgical	30
2. Recommandations à l'étranger	31
2.1. Recommandations Européennes	31
2.2. Recommandations Américaines.....	32
3. La réalité : un suivi insuffisant.....	32
V. Question de recherche et objectifs de l'étude.....	33
1. Hypothèse.....	33
2. Question de recherche.....	33
3. Objectifs	33
Synthèse	34
Matériel et méthodes	36
I. Type d'étude	36
II. Recrutement des participants.....	36
III. Recueil des données.....	37
IV. Analyse des données.....	38
V. Éthique	38
Résultats	39
I. Population.....	39
II. Suivi préopératoire.....	40
1. Orientation	40
1.1. Médecin généraliste	40
1.2. Patient	41
1.3. Médecin généraliste non favorable à la chirurgie.....	41
2. Indications opératoires.....	41
2.1. Différentes selon le lieu et la structure	41
2.2. Visée esthétique.....	42
2.3. Évolution des indications opératoires	42
3. Parcours de santé avant l'opération	43
3.1. Parcours du combattant de l'obèse.....	43
3.2. Hospitalisation	43
3.3. Programme préopératoire long	44
3.4. Absence de chirurgie.....	44

3.5.	Non réalisation du parcours de santé.....	45
3.6.	Absence d'équipe pluridisciplinaire en préopératoire.....	45
4.	Informations préopératoires.....	46
4.1.	Information adaptée.....	46
4.2.	Nécessité du suivi à vie.....	47
4.3.	Contraception.....	47
4.4.	Mode d'information.....	47
5.	Rôle du médecin généraliste.....	48
5.1.	Soutien.....	48
5.2.	Informant.....	48
5.3.	Sensibilise et responsabilise.....	49
6.	Entourage du patient.....	49
III.	Suivi post-opératoire immédiat.....	50
1.	A l'hôpital.....	50
2.	Le médecin généraliste.....	50
3.	Informations sur le suivi.....	51
IV.	Suivi post-opératoire à court terme.....	52
1.	A l'hôpital.....	52
2.	Rôle du médecin généraliste.....	53
3.	Disponibilité de l'équipe pluridisciplinaire.....	53
V.	Suivi post-opératoire à long terme.....	53
1.	Durée de suivi.....	53
2.	Médecin généraliste.....	55
2.1.	Absence de recommandations claires.....	55
2.2.	Manque d'implication des médecins généralistes.....	56
2.3.	Suivi à faire en soins primaires ?.....	56
2.4.	Manque de formation.....	57
2.5.	Méconnaissance de l'impact psychologique.....	57
2.6.	Rôle du médecin généraliste.....	58
3.	Attitude des soignants.....	61
4.	Patient.....	61
4.1.	Patient consommateur de soins.....	61

4.2.	Patient se considérant comme guéri	62
4.3.	Patient non acteur de sa santé.....	63
4.4.	Personnalité du patient.....	63
4.5.	Manque d'observance	63
4.6.	Patient ne considère pas le sport comme un traitement	64
4.7.	Manque de confiance dans le suivi	64
4.8.	Importance de la relation de confiance avec le médecin traitant	65
4.9.	Découragement du patient	65
5.	Aspect financier	66
5.1.	Non prise en charge par la Sécurité Sociale	66
5.2.	Non reconnue comme une ALD	67
6.	Organisation.....	67
6.1.	Distance domicile-lieu de l'équipe chirurgicale.....	67
6.2.	Délais de consultation longs.....	68
6.3.	Absence de consultations de groupe	68
7.	Communication et coordination des soins	69
7.1.	Communication entre soignants.....	69
7.2.	Transmissions hôpital-ville	70
7.3.	Continuité des soins	70
8.	Correspondance	71
8.1.	Absence de courriers	71
8.2.	Courrier trop synthétique.....	72
8.3.	Absence de courriers de non présentation du patient.....	72
8.4.	Absence de reconvoctions systématiques après 1 an	72
9.	Absence d'équipe pluri-professionnelle en ville	73
10.	Manque d'uniformisation du suivi.....	73
10.1.	Différence hôpital/libéral.....	75
10.2.	Différence hôpital/clinique	77
11.	Suivi en ville médico-centrée	77
VI.	Amélioration du suivi.....	78
VII.	Propositions d'axes d'amélioration.....	78
1.	Coordination des soins hôpital-ville	78

2.	Correspondance	79
2.1.	Courrier de non présentation.....	79
2.2.	Courrier de relance.....	79
2.3.	Reconvocation systématique	80
3.	Prise en charge pluri-professionnelle.....	80
3.1.	Communication pluri-professionnelle	80
3.2.	Réseau de soins pluri-professionnel en ville	80
3.3.	Suivi moins médico-centré	81
4.	Prise en charge du patient dans sa globalité	81
4.1.	Suivi personnalisé	81
4.2.	Prise en charge de l'environnement, de l'entourage familial	82
5.	Attitude des soignants.....	82
6.	Recommandations pour suivi en ville	82
7.	Formation.....	84
8.	Prévention.....	85
9.	Organisation.....	85
9.1.	Intégrer le médecin généraliste dès le début de la prise en charge.....	85
9.2.	Éducation thérapeutique de groupe	86
9.3.	Fiche de suivi	86
9.4.	Professionnels de santé dédiés au suivi	87
10.	Suivi uniformisé en France.....	88
11.	Prise en charge financière	88
11.1.	Par la Sécurité Sociale	88
11.2.	ALD	88
11.3.	Rémunération au forfait.....	89
11.4.	Sport sur ordonnance.....	89
	Discussion	90
I.	Méthodologie	90
1.	Forces de l'étude	90
2.	Limites de l'étude	91
II.	Analyse des résultats et comparaison à la littérature	92
1.	Indications opératoires.....	92

2.	Non communication du projet au médecin traitant.....	93
3.	Médecins généralistes non favorables à la chirurgie	93
4.	Place du médecin généraliste.....	94
5.	Suivi non uniformisé.....	96
6.	Manque d'empathie des soignants	97
7.	Difficultés de communication	97
8.	Absence de courrier ou courrier trop synthétique	99
9.	Absence de planification des soins.....	101
10.	Informations non exhaustives	102
11.	Absence d'implication de l'entourage familial	103
12.	Manque d'observance.....	104
13.	Activité physique	105
14.	Aspect financier.....	107
15.	Ateliers d'éducation thérapeutique de groupe.....	108
16.	Démédicaliser le suivi	109
17.	Suivi personnalisé	109
III.	Préconisations.....	110
	Conclusion.....	114
	Bibliographie	115
	Annexes	123
	Annexe 1 : Les différentes techniques de chirurgie bariatrique (12)	123
	Annexe 2 : Parcours du patient candidat à une chirurgie bariatrique, selon l'HAS (12) ..	128
	Annexe 3 : Bilan pré opératoire	129
	Annexe 4 : Recommandations américaines post-chirurgie bariatrique (2013).....	130
	Annexe 5 : Grille COREQ (42).....	131
	Annexe 6 : Guide d'entretien	133
	Annexe 7 : Entretien 11	134

Introduction

I. Obésité

1. Définitions

1.1. Définir l'obésité

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'obésité est définie comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. Elle est reconnue comme une maladie chronique depuis 1997. (1)

L'obésité est définie par un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m². L'indice de masse corporelle (IMC) correspond au poids (en kilogramme) divisée par la taille (en mètre) au carré et est couramment utilisé pour estimer l'obésité et le surpoids chez les adultes.

Cet indice a été mis au point par un mathématicien, astronome et statisticien belge, Adolphe Quetelet, en 1832 alors qu'il cherchait à définir l'« homme moyen». La communauté médicale ne s'intéressa à l'indice de Quetelet que bien après sa mort. Les premières études à grande échelle menées sur les rapports entre l'obésité et la santé ont été réalisées au début du XX^{ème} siècle par des compagnies d'assurance qui ont comparé la taille et le poids de leurs assurés ; démontrant ainsi que les individus en surpoids avaient tendance à décéder plus tôt. (2)

Après ce constat, l'indice de Quetelet a rapidement été utilisé dans les études cliniques (comme dans l'étude Framingham, de 1970). En 1972, le chercheur Ancel Keys confirma sa validité et le renomma IMC, aujourd'hui devenu une norme internationale pour la mesure de l'obésité en raison de sa fiabilité, simplicité et reproductibilité, même s'il présente certaines limites.

En effet, l'IMC ne permet pas de différencier la masse musculaire de la masse grasseuse ni de déterminer le pourcentage de graisse abdominale, pourtant impliquée dans l'évaluation du risque cardiovasculaire global. (2)

Les valeurs référence de l'IMC chez l'adulte, selon l'OMS, sont présentées dans le tableau 1. (1)

Tableau 1 : Classification de l'IMC selon l'OMS (1)

Classification	IMC (kg/m ²)
Insuffisance pondérale	< 18,5
Corpulence normale	18,5-24,9
Surpoids (pré-obésité)	25-29,9
Obésité classe I (modérée)	30-34,9
Obésité classe II (sévère)	35-39,9
Obésité classe III (morbide)	> ou = 40

Lorsque l'IMC est compris entre 25 et 35 kg/m², la mesure du tour de taille à mi-distance entre la dernière côte et le sommet de la crête iliaque est recommandée afin d'estimer l'importance de la masse grasseuse abdominale qui est corrélée au développement des complications métaboliques et vasculaires de l'obésité. (3)

Un tour de taille \geq 80 cm chez la femme et \geq 94 cm chez l'homme définit l'obésité abdominale. (3)

1.2. Parcours de santé

La HAS définit le parcours de santé comme résultant « 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 ». (4)

La loi française indique que le parcours de santé est « 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 ». (5)

2. Contexte épidémiologique

Le problème de l'obésité est longtemps resté localisé aux États-Unis. Mais dans les années 80, la prévalence de l'obésité augmente en Grande-Bretagne puis dans le reste de l'Europe dont la France. A partir des années 90, l'obésité touche aussi les pays émergents (Mexique, Brésil) et la Chine. L'obésité devient un problème de santé publique mondial. En 1997, l'OMS s'alarme de l'extension épidémique de l'obésité et de ses conséquences et établit les premières recommandations relatives à l'élaboration de politiques et de programmes de santé publique permettant d'améliorer la prévention et la prise en charge de l'obésité. (1)

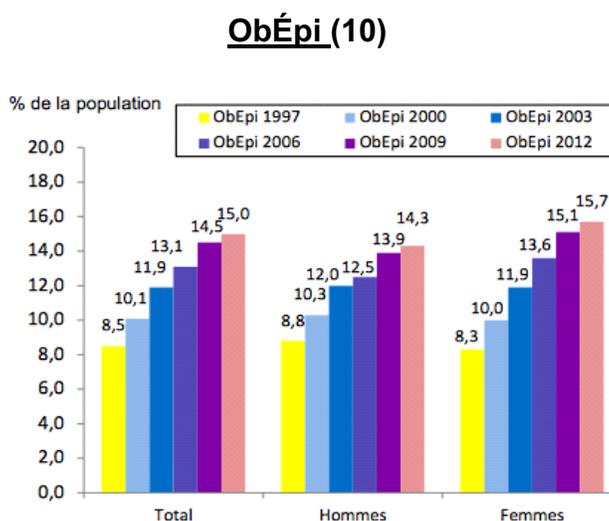
Selon le rapport de l'OMS publié en 2016, plus de 1,9 milliards adultes dans le monde sont en surpoids dont plus de 650 millions obèses. En 2016, environ 13% de la population adulte mondiale (11% des hommes et 15% des femmes) était obèse et 39% (39% des hommes et 40% des femmes) était en surpoids. La prévalence de l'obésité a presque triplé au niveau mondial entre 1975 et 2016. (1)

Plusieurs articles de divers pays corroborent ce constat alarmant d'augmentation exponentielle de l'obésité. (6) (7) (8)

En France, la prévalence de l'obésité est estimée à 17,2% de la population adulte (16,8 % chez les hommes et 17,4 % chez les femmes), soit près de 11,4 millions de personnes, en 2015, d'après l'étude Esteban. (9)

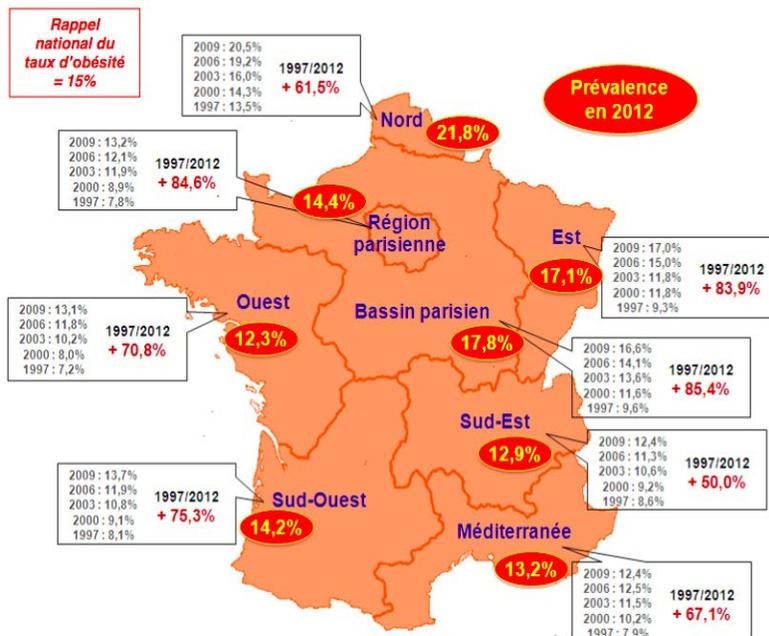
La prévalence de l'obésité ne cesse d'augmenter depuis plusieurs décennies. En France, elle a augmenté de 76,4% entre 1997 et 2012, selon les enquêtes ObÉpi Roche. (10)

Figure 1 : Prévalence de l'obésité selon le sexe de 1997 à 2012, selon l'enquête



Même si une tendance au ralentissement de l'augmentation de la prévalence de l'obésité en France a été mise en évidence par l'enquête ObÉpi Roche de 2012, les chiffres restent alarmants. (10)

Le Nord-Pas de Calais est la région la plus touchée avec une prévalence de l'obésité de 21.3%, en 2012. Il existe des disparités interrégionales avec un gradient Nord-Sud marqué. (10)

Figure 2 : Prévalence de l'obésité par région depuis 1997 (10)

3. Conséquences sur la santé

L'obésité est donc un problème de santé publique de plus en plus inquiétant au vue des conséquences médicales, physiques, psychologiques et sociales qu'elle entraîne.

En effet, l'obésité peut être responsable de l'apparition de nombreuses maladies (3) :

- *Cardio-vasculaires* : hypertension artérielle, coronaropathie, infarctus du myocarde, hypertrophie ventriculaire gauche, insuffisance cardiaque, AVC
- *Métaboliques* : diabète de type 2, dyslipidémie, syndrome métabolique
- *Respiratoires* : syndrome d'apnée du sommeil, insuffisance respiratoire chronique
- *Digestives* : Stéatose hépatique, lithiase biliaire, hernie hiatale, RGO
- *Ostéo-articulaires* : arthrose, lombalgies, ostéonécrose aseptique de la tête fémorale

- *Néoplasiques* : cancers (colorectal, sein, prostate, endomètre)
- *Cutanées* : mycose, érysipèle, lymphœdème
- *Rénales* : protéinurie, hyalinose segmentaire et focale
- *Gynécologiques* : syndrome des ovaires polykystiques, troubles de la fertilité
- *Psychologiques* : dépression.

Le Tableau 2 montre la prévalence de différentes maladies en fonction de l'IMC.

Tableau 2 : Prévalence de pathologies en fonction de l'IMC (11)

Population	Diabète	Infarctus	Hypertension artérielle	Dépression	Lombalgie
<i>IMC < 18,5</i>	2,1 %	0,3 %	3,9 %	6,0 %	13,9 %
<i>18,5 ≤ IMC < 25</i>	3,2 %	0,3 %	6,8 %	3,6 %	16,2 %
<i>25 ≤ IMC < 30</i>	9,6 %	0,9 %	15,6 %	5,6 %	22,0 %
<i>30 ≤ IMC</i>	19,3 %	0,9 %	26,7 %	7,7 %	24,6 %
Population générale	6,7 %	0,6 %	12,9 %	4,5 %	19,0 %

II. Prise en charge médicale de l'obésité

1. Prise en charge médicale de l'obésité

Un patient en surpoids nécessite une prise en charge spécifique dans le cadre de consultations dédiées avec un suivi programmé et régulier et l'établissement d'un contrat thérapeutique raisonnable avec des objectifs de perte de poids atteignables. Le médecin généraliste prend en charge le patient dans sa globalité : recherche des facteurs de prise de poids, évalue l'activité physique, les habitudes et les apports alimentaires, dépiste les troubles du comportement alimentaire, évalue la perception de l'excès de poids du patient, le vécu et la motivation du patient au changement et recherche les conséquences de l'excès de poids.

D'après le rapport de l'HAS de 2011, la prise en charge médicale comprend (3) :

- Une éducation diététique

Une évaluation des habitudes alimentaires et de l'activité physique est effectuée afin d'estimer les apports et les dépenses énergétiques.

Le médecin doit chercher à corriger un excès d'apports énergétiques et aider le patient à trouver un équilibre alimentaire durable. Le conseil nutritionnel vise donc à diminuer la ration énergétique : en diminuant les portions et en consommant des aliments à faible densité énergétique.

La répétition des régimes alimentaires restrictifs qui entraînent une restriction cognitive, une frustration, une impulsivité alimentaire et un effet rebond pondéral dit "yoyo" aggrave l'obésité et est à éviter. Les régimes sont déconseillés. Le professionnel accompagne le patient dans un rééquilibrage alimentaire. La façon de manger et non uniquement le contenu de l'assiette est revu (ne pas sauter de repas, ne pas se resservir, prendre le temps de manger, assis à une table, en partageant un moment de convivialité, éviter le grignotage, diversifier les repas, boire de l'eau en mangeant, etc.).

Les tabous alimentaires et les fausses croyances sources de frustration et d'échec sont également à lever.

- Une activité physique

Les patients sont encouragés à effectuer au moins 2h30 d'activité physique par semaine pouvant être fractionnée en plusieurs sessions d'au moins 10 minutes, adaptée à leur état général et leur capacité physique.

- Une approche psychologique comprenant une restructuration cognitive, une valorisation et un renforcement des changements. Les déclencheurs des compulsions alimentaires et des grignotages doivent être identifiés afin de mettre en place des stratégies d'adaptation.
- Un suiti médico-social à long terme

2. Quand est-il de l'orlistat, seul médicament luttant contre l'obésité ?

L'orlistat est le seul médicament luttant contre l'obésité disponible en France. Il s'agit d'un inhibiteur des lipases gastriques et pancréatiques. Il diminue l'hydrolyse des lipides alimentaires au niveau du tube digestif et induit une malabsorption des lipides. Les effets secondaires fréquents sont liés à ce mécanisme digestif (flatulences, diarrhées, impériosités fécales, stéatorrhées...). Cependant, au regard de son efficacité modeste sur la perte de poids, de ses effets indésirables (atteintes hépatiques graves, effets secondaires fréquents) et des potentielles interactions médicamenteuses, l'HAS a statué, en septembre 2011, et ne recommande pas la prescription d'orlistat dans la prise en charge médicale du surpoids et de l'obésité. (3)

La prise en charge de l'obésité est complexe et se doit d'être pluridisciplinaire, coordonnée par le médecin généraliste qui s'appuie sur d'autres professionnels (diététicien ou nutritionniste, psychologue ou psychiatre, kinésithérapeute, ...). La prise en charge médicale est parfois insuffisante.

Après 6 à 12 mois d'un traitement médical, diététique et psychologique adapté et bien conduit et en l'absence d'efficacité avec une perte de poids insuffisante, une prise en charge chirurgicale peut être proposée selon des critères précis. (12)

III. Prise en charge chirurgicale de l'obésité

1. Historique de la chirurgie de l'obésité

Le concept de chirurgie de l'obésité est né au début des années 1950. En 1952, Henriksson réalise, en Suède, les premières résections intestinales à visée malabsorptive. En 1954, Kremen est le premier à publier sur le court-circuit jéjuno-iléal.

Le développement des différentes techniques a eu lieu aux États-Unis avec la dérivation gastro-jéjunale ou gastric bypass développée à partir de 1966 par Mason et Ito, la dérivation jéjuno-iléale décrite par Payne en 1969 et la dérivation bilio-pancréatique décrite par Scopinaro en 1979.

Parallèlement, des interventions reposant exclusivement sur la restriction gastrique ont été élaborées puis améliorées pour aboutir à la gastroplastie verticale calibrée (par Mason – MacLean) en 1982 et au cerclage gastrique ajustable (anneau gastrique) en 1985. (13)

La sleeve gastrectomie est apparue plus tard, dans les années 1990. (13)

L'anneau gastrique était l'intervention la plus couramment pratiquée en 2006. Aujourd'hui, elle représente 9 % des interventions. La sleeve gastrectomie est la technique la plus choisie avec environ 61% des interventions, devant le bypass qui représente environ 30 % des chirurgies bariatriques.

2. Efficacité de la chirurgie bariatrique

L'étude ayant formellement démontrée l'efficacité à long terme de la chirurgie bariatrique est l'étude prospective et contrôlée Swedish Obese Subjects (SOS) menée par Sjöström et al. Cette étude porte sur 4047 sujets obèses recrutés de 1987 à 2001 : 2010 personnes ont bénéficié d'une chirurgie bariatrique (groupe contrôle) et 2037 personnes ont reçu un traitement conventionnel médical (groupe témoin).

Après 10 ans, la perte de poids était de 16.1% dans le groupe opéré contre une variation pondérale de 1.6% dans le groupe contrôle. (14) (15)

L'étude SOS a montré une réduction significative du risque de décès de 29% sur 15 ans et une diminution de 35% de la mortalité par cancer dans le groupe des patients opérés. La mortalité globale était significativement plus faible dans le groupe opéré après un suivi moyen de 10.9 ans. (15)

Sur le plan des comorbidités, l'étude a mis en évidence une différence significative à 2 et à 10 ans de l'incidence du diabète, de l'hypertriglycémie et de l'hyperuricémie entre le groupe chirurgie bariatrique et le groupe contrôle mais pas de différence significative de l'incidence de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie.

Une rémission significative à 2 et à 10 ans, dans le groupe chirurgie bariatrique, du diabète, de l'hypertension artérielle, de l'hyperuricémie, de l'hypertriglycémie a été constatée. Mais, il n'a pas été mis en évidence de rémission significative de l'hypercholestérolémie. (14)

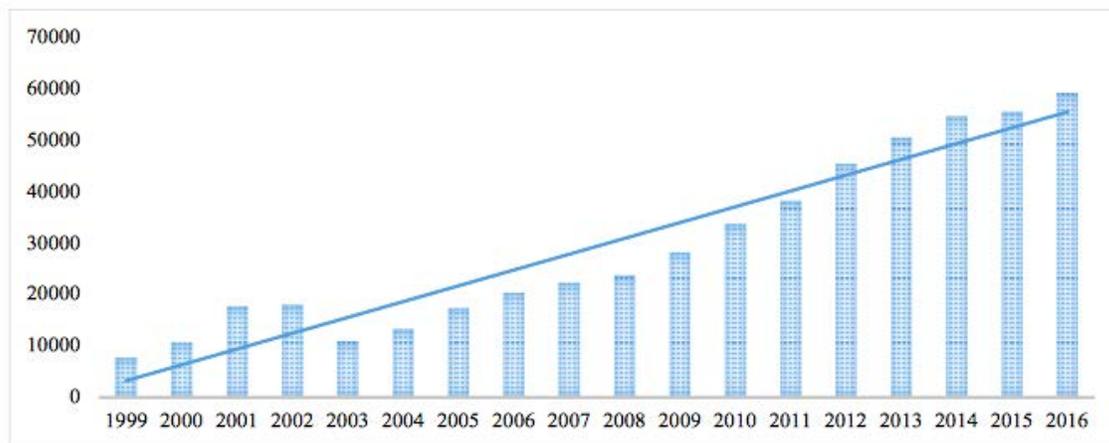
Une méta-analyse portant sur 22 000 patients évalués 2 ans après la chirurgie bariatrique confirme ces résultats et montre également une disparition du syndrome d'apnées du sommeil dans 86% des cas après chirurgie. (16)

3. État de la chirurgie bariatrique en France

En 2016, 60 070 interventions de chirurgie bariatrique tous types confondus (dont environ 7000 actes de maintenance pour les anneaux gastriques) ont été réalisées en France. (17)

Le nombre d'actes de chirurgie bariatrique a été multiplié par 6 entre 2000 et 2016.

Figure 3 : Évolution de l'activité de chirurgie bariatrique toutes techniques confondues entre 1999 et 2016 (17)



4. Techniques de chirurgie

On distingue :

- Les *techniques restrictives*, visant à diminuer la taille de l'estomac pour limiter l'apport calorique et favoriser la satiété : l'anneau gastrique et la sleeve gastrectomie
- Les *techniques mixtes et mal absorbatives*, créant un court-circuit digestif visant ainsi une malabsorption des aliments : le bypass gastrique en Y, le bypass gastrique en Oméga (ou minibypass) et la dérivation biliopancréatique.

En 2019, 4 interventions sont prises en charge par l'Assurance Maladie, en France : l'anneau gastrique, la sleeve gastrectomie, le bypass gastrique en Y et la dérivation biliopancréatique.

En Annexe 1 (12), sont détaillées les différentes techniques de chirurgie bariatrique.

Le rapport bénéfice/risque des différentes techniques ne permet pas d'affirmer la supériorité d'une technique par rapport à une autre. La perte de poids attendue mais aussi la complexité de la technique, le risque de complications post-opératoires, de carences nutritionnelles et la mortalité augmentent selon l'intervention réalisée : anneau gastrique, sleeve gastrectomie, bypass gastrique, dérivation bilio pancréatique.

Le choix de la technique chirurgicale doit donc être personnalisé à chaque patient et établi par une équipe pluridisciplinaire.

5. Complications

5.1. Complications communes

5.1.1 Complications métaboliques

- **Dénutrition protéino-énergétique**

Environ 10 % des patients ayant bénéficiés d'une chirurgie bariatrique présentent une dénutrition protéino-énergétique, définie par une albuminémie inférieure à 35 g/L. Ce risque est plus important pour les chirurgies malabsorptives.

Elle résulte en général d'un apport protéique insuffisant mais est également favorisée par un dégoût pour certains aliments comme la viande. (18)

- **Carences en vitamines et minéraux**

Les carences vitaminiques sont plus fréquentes dans les chirurgies malabsorptives mais elles peuvent également survenir après une chirurgie restrictive.

Une carence vitaminique peut entraîner de graves conséquences pour l'organisme, conséquences décrites dans le tableau 2 ; c'est pourquoi il est important de les prévenir et de les dépister. (18) (19) (20)

Tableau 3 : Conséquences des carences en vitamine et minéraux (18) (19) (20)

<i>Carence</i>	<i>Conséquences</i>
Fer	Anémie microcytaire, asthénie, chute de cheveux, troubles des phanères
Vitamine B12	Anémie macrocytaire, neuropathie, glossite
Calcium, vitamine D	Ostéomalacie, ostéoporose, fractures
Folates	Anémie macrocytaire, anémie, anomalie de fermeture du tube neural du fœtus (femme enceinte)
Protéines	Œdème, anasarque
Vitamine B1 (thiamine)	Polyradiculonévrite, encéphalopathie de Gayet-Wernicke
Zinc, sélénium	Chute de cheveux
Vitamine A	Troubles de la vision nocturne, sécheresse cutanée, chute de cheveux
Vitamine E	Ataxie cérébelleuse avec faiblesse musculaire, anémie hémolytique
Vitamine K	Troubles de la coagulation

- **Hyperparathyroïdie secondaire et remodelage osseux**

Après une chirurgie malabsorptive, l'absorption du calcium et de la vitamine D est diminuée, pouvant entraîner une hyperparathyroïdie secondaire et un remodelage osseux. Le risque fracturaire est alors augmenté.

Un apport suffisant en vitamine D et donc indispensable. (21) (22)

- **Dumping syndrome**

Il survient préférentiellement après une chirurgie créant un court-circuit digestif comme le by-pass, mais il peut aussi survenir après une sleeve.

Le dumping syndrome précoce correspond à une sensation de malaise avec symptômes vasomoteurs (flushs, palpitations, vertiges) et digestifs (nausées, diarrhées, crampes abdominales), survenant immédiatement après le repas et résultant d'une vidange gastrique trop rapide d'aliments hyperosmolaires dans le jéjunum. Il apparaît précocement après la chirurgie.

Il peut être évité grâce à des règles diététiques adaptées (fragmentation des apports caloriques journaliers, ne pas boire pendant le repas, prendre le temps de bien mastiquer, limiter les aliments à index glycémique élevé).

Le dumping syndrome tardif ou hypoglycémie hyperinsulinique résulte de l'arrivée rapide d'hydrate de carbone non digéré au niveau intestinal, entraînant une élévation de la glycémie et donc, en réaction, une sécrétion importante d'insuline pouvant entraîner des hypoglycémies. Il apparaît tardivement après une chirurgie, souvent après un an et se manifeste à distance du repas, environ 1 à 2 h.

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. (18) (20) (23) (24)

- **Malabsorption médicamenteuse**

Une malabsorption médicamenteuse peut être observée après une chirurgie bariatrique, d'autant plus si elle est malabsorptive (avec en premier lieu la dérivation bilio-pancréatique). Il est conseillé de surveiller et d'adapter si besoin le traitement médicamenteux des patients (posologie, voie d'administration). (12)

5.1.2 Complications lithiasiques

- **Lithiase biliaire**

En post opératoire, le risque de lithiase biliaire est augmenté, d'autant plus que la perte de poids est rapide. Après une chirurgie malabsorptive, l'HAS recommande la prescription d'un traitement préventif par acide urodésoxycholique à raison de 600 mg par jour pendant 6 mois, en l'absence de cholécystectomie. (11) (25)

- **Lithiase rénale et hyperoxalurie**

Après une chirurgie malabsorptive, les graisses sont moins bien absorbées. Le calcium forme des complexes avec les acides gras à longue chaîne présents en plus grande quantité. Le calcium est donc moins disponible pour se complexer avec les oxalates, entraînant une augmentation de l'absorption des oxalates et par conséquence une hyperoxalurie, favorisant la formation de calculs d'oxalate de calcium dans les reins et les voies urinaires.

Afin de limiter le risque de lithiase, il est important de rappeler au patient de bien s'hydrater, d'avoir un apport suffisant en calcium et de limiter l'apport en graisse. (20) (26)

5.1.3 Complications fonctionnelles

La principale complication fonctionnelle est le reflux gastro-œsophagien, plus fréquent après une chirurgie restrictive. La présence d'un reflux en préopératoire peut être un critère orientant vers le choix d'une technique malabsorptive. (23)

5.1.4 Complications psychiatriques

La qualité de vie globale des patients opérés s'améliore de manière significative et à long terme comparativement aux patients obèses non opérés. (27) (28) (29)

Cependant les indicateurs de qualité de vie fluctuent selon les périodes de perte, augmentation ou stabilisation du poids. Il a ainsi été démontré que pour conserver un effet bénéfique sur la qualité de vie, il est nécessaire de maintenir une perte de poids d'au moins 10%. (30)

Dans le même temps, la probabilité qu'un patient se suicide après une chirurgie bariatrique est quatre fois plus élevée par rapport à la population générale.

Les facteurs de risque de suicide sont les mêmes que les facteurs de risque des patients non opérés mais il est constaté une impulsivité plus marquée. De plus, la déception engendrée par la reprise de poids dans les deux ans après l'opération chez 30 % de ces patients représente un facteur de risque supplémentaire. (27) (31)

Par ailleurs, une augmentation de la consommation de substance à risque (tabac, alcool, drogues) a été constatée chez les patients ayant bénéficiés d'une chirurgie bariatrique, cherchant une autre source de compensation que la nourriture pour activer le système de récompense. Un mécanisme de transfert de dépendance est donc possible, motivant la nécessité d'un suivi psychologique rapproché.

De plus, après un By-pass, la probabilité d'une consommation d'alcool à risque est trois fois supérieure, par rapport aux patients non opérés. Cette tendance s'explique, en partie, par un métabolisme modifié de l'alcool après un pontage gastrique. (27) (32)

5.2. Complications spécifiques

Les complications, précoces et tardives (après 3 mois), propres à chaque intervention chirurgicale sont détaillées dans le tableau 4. (19) (25)

Tableau 4 : Complications en fonction du type d'intervention chirurgicale

	<i>Complications précoces</i>	<i>Complications tardives</i>
Anneau gastrique	<ul style="list-style-type: none"> - Perforation gastrique - Occlusion gastrique aiguë - Hémorragie par plaie d'organe lors de la pose de l'anneau - Infection 	<ul style="list-style-type: none"> - Migration intra gastrique de l'anneau pouvant entraîner érosions, ulcérations - Glissement de l'anneau - Anomalies liées au boîtier : infection, retournement, déconnexion - Anomalies de serrage de l'anneau - Occlusion intestinale - Complications fonctionnelles : dilatation de l'œsophage, pseudo-achalasia
Sleeve gastrectomie	<ul style="list-style-type: none"> - Fistule gastrique pouvant entraîner un choc septique - Hémorragie - Sténose gastrique 	<ul style="list-style-type: none"> - Occlusions digestives sur brides - Dilatation du tube gastrique
By-pass	<ul style="list-style-type: none"> - Fistules digestives - Syndrome occlusif haut lié à une sténose de l'anastomose jéjuno-jéjunale - Hémorragie - Abscès intra-péritonéaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Occlusion intestinale par hernie interne ou plus rarement par volvulus sur bride ou par éventration sur orifices de trocart - Ulcère de l'anastomose gastro-jéjunale - Sténose de l'anastomose gastro-jéjunale
Dérivation bilio-pancréatique	<ul style="list-style-type: none"> - Fistules digestives - Hémorragie - Abscès intra abdominaux - Sténoses anastomotiques - Occlusions digestives 	<ul style="list-style-type: none"> - Occlusion intestinale par hernie interne - Obstruction de l'anse bilio-pancréatique

6. Indications de la chirurgie bariatrique

L'HAS propose un parcours de santé spécifique pour le patient candidat à la chirurgie bariatrique, présenté en Annexe 2. (12)

La chirurgie bariatrique peut être envisagée chez un adulte réunissant l'ensemble des critères suivants : (12)

- IMC \geq 40 kg/m² ou IMC \geq 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (HTA, SAS, diabète, stéatose hépatique)
- Après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6 à 12 mois : absence de perte de poids suffisante ou absence de maintien de la perte de poids
- Ayant reçu une information claire, loyale et appropriée
- Ayant bénéficié d'une évaluation et prise en charge préopératoire pluridisciplinaire
- Ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme
- Avec un risque opératoire acceptable.

Les contre-indications de la chirurgie bariatrique sont représentées par : (12)

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

7. Bilan pré opératoire

Avant d'entreprendre une chirurgie bariatrique, le patient doit avoir reçu une information claire et appropriée sur les différentes techniques et leurs complications éventuelles et avoir accepté la réalisation d'un suivi à vie. Il est nécessaire de s'assurer de la bonne compréhension du patient.

Un bilan préopératoire est, ensuite, réalisé. Son contenu est détaillé en Annexe 3.

IV. Suivi post-chirurgical

1. Suivi recommandé en France

Le suivi doit être assuré toute la vie du patient. En effet, les complications de la l'intervention peuvent être tardives ; sans oublier que l'obésité est une maladie chronique nécessitant un suivi à long terme afin de maintenir un poids stable.

En 2009, l'HAS recommande une consultation tous les 3 mois la première année, puis 1 à 2 consultations par an assurées par l'équipe pluridisciplinaire qui a posé l'indication opératoire, en liaison avec le médecin traitant. (12)

1.1. Nutritionnel et vitaminique

Un bilan nutritionnel et vitaminique, réalisé à 3 et 6 mois après l'intervention, puis au moins annuellement est recommandé par l'HAS. Il comporte un dosage de l'albumine, la pré albumine, l'hémoglobine, la ferritine et le coefficient de saturation en fer de la transferrine, la calcémie, la vitamine D, la PTH, les vitamines A, B1, B9, B12, le zinc et le sélénium. L'HAS indique que le bilan biologique doit être adapté à la technique chirurgicale, sans donner plus de précision. (12)

La supplémentation vitaminique comporte : (12)

- Après une chirurgie mal absorptive : une supplémentation systématique à vie en calcium, vitamine D, fer et vitamine B12.
- Après une chirurgie restrictive : la supplémentation se discute en fonction du bilan clinique et biologique.

1.2. Comorbidités et traitement

Il est conseillé de réévaluer les comorbidités, notamment diabète de type 2, HTA, dyslipidémie, SAS et d'adapter leur traitement (posologie, voie d'administration). En effet, la chirurgie bariatrique peut permettre une amélioration de ces pathologies mais entraîne également une modification de l'absorption des médicaments. (12)

1.3. Éducation thérapeutique

Le suivi éducatif débuté en préopératoire doit être poursuivi afin de s'assurer de la poursuite des conseils diététiques et de l'activité physique. (12)

1.4. Suivi psychologique

Un suivi psychologique et psychiatrique est recommandé pour les patients présentant des troubles du comportement alimentaire ou des pathologies psychiatriques en préopératoire. (12)

1.5. Suivi chirurgical

Le suivi chirurgical est à poursuivre après tout type de chirurgie bariatrique pour dépister les complications qui peuvent survenir tardivement.

Après la pose d'un anneau gastrique ajustable, le calibrage doit être adapté à la perte pondérale, à la tolérance et au comportement alimentaire du patient. En cas de modification du calibrage, celui-ci doit être contrôlé radiologiquement par un transit oeso-gastro-duodéal.

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

2. Recommandations à l'étranger

2.1. Recommandations Européennes

Selon les recommandations Européennes de 2017 (33), le suivi biologique est adapté au type de chirurgie bariatrique :

- Pour l'anneau gastrique, il est recommandé d'effectuer un bilan tous les 6 mois la première année puis tous les ans
- Pour la sleeve et le by-pass, un bilan tous les 3 à 6 mois la première année puis tous les ans

Le bilan biologique comporte : numération formule sanguine, plaquettes, ionogramme et électrolytes, fer, ferritine, vitamines B12, B9, D, PTH et, uniquement pour le by-pass, un dosage du calcium urinaire sur 24 heures et de l'ostéocalcine.

2.2. Recommandations Américaines

Les Américains proposent un suivi post-opératoire adapté à chaque type de chirurgie présenté en Annexe 4. (34)

Il diffère du suivi français en recommandant : (34)

- Pour l'anneau gastrique : une visite à 1 mois puis tous les 1 à 2 mois jusqu'à stabilisation
- Pour la sleeve et le by-pass : une visite à 1 mois puis tous les 3 à 6 mois jusqu'à stabilisation
- Une ostéodensitométrie osseuse à 2 ans pour toutes les chirurgies
- Un dosage du calcium urinaire sur 24 heures à 6 mois et annuellement pour toutes les chirurgies
- Un dosage de la vitamine B9, du fer, de la PTH et de la 25-OH vitamine D uniquement pour le by-pass et la dérivation biliopancréatique
- Un dosage de la vitamine A uniquement pour la dérivation bilio-pancréatique
- Un dosage des thiamine, zinc, sélénium, cuivre non systématique mais orienté selon la clinique.

3. La réalité : un suivi insuffisant

L'étude suédoise SOS montre que le pourcentage de sujets régulièrement suivis est de 47,6 % à 10 ans et de 9 %, 15 ans après la chirurgie. (15) Au Royaume Uni, dans une cohorte de 2079 patients opérés, seuls 43 % de patients sont encore revus à 2 ans et seulement 8 % à 5 ans. (35) Dans les études portant sur le suivi à plus de 2 ans, seulement 0,4 % des publications mentionnent un suivi chez 80 % des opérés. (36)

En France, 5 ans après la chirurgie, la qualité du suivi peut être considérée comme satisfaisante chez seulement 12 % des patients. (37)

Des centres spécialisés de l'obésité (CSO) et des établissements partenaires ont été créés mais le suivi des patients reste insuffisant. (38) (39)

Les complications à long et moyen terme peuvent pourtant être sévères. De plus, faute d'un suivi nutritionnel adéquat, les patients peuvent reprendre le poids perdu.

V. Question de recherche et objectifs de l'étude

1. Hypothèse

Les patients ayant bénéficiés d'une chirurgie bariatrique (tous types confondus) ont un suivi post-opératoire non optimal, ne répondant pas suffisamment aux recommandations.

2. Question de recherche

Quels sont les points de rupture dans le parcours de santé de la chirurgie bariatrique, selon les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais ?

3. Objectifs

L'objectif principal est de mettre en évidence les points de rupture pouvant entraîner un suivi non optimal lors du parcours de santé de la chirurgie bariatrique, d'après les médecins généralistes du Nord-Pas de Calais.

L'objectif secondaire serait de proposer des préconisations pour les différents acteurs du parcours de santé afin de réaliser un meilleur suivi de ces patients.

Synthèse

La prévalence de l'obésité ne cesse d'augmenter. En 2015, elle était estimée à 17.2% de la population adulte française, d'après l'étude Esteban. (9)

L'obésité est donc un problème de santé publique de plus en plus inquiétant au vue des conséquences médicales, physiques, psychologiques et sociales qu'elle entraîne.

En deuxième intention, après un traitement médical adapté et bien conduit et en l'absence d'efficacité, une prise en charge chirurgicale peut être proposée au patient selon des critères précis. (12)

La chirurgie bariatrique comprenant les techniques restrictives (anneau gastrique et la sleeve gastrectomie) et les techniques mal absorbatives ou mixtes (le bypass gastrique en Y et la dérivation biliopancréatique) est aujourd'hui en plein essor avec plus de 60 000 interventions réalisées en 2016, en France. (17)

L'étude SOS (Swedish Obese Subjects, étude prospective avec un groupe contrôle de 2010 patients opérés et un groupe témoins de 2037 patients, recrutés de 1987 à 2001) a permis de montrer son efficacité sur la perte de poids et sur la prise en charge de certaines comorbidités. (14) (15)

La chirurgie bariatrique est donc une prise en charge de l'obésité efficace mais qui nécessite un suivi à vie en raison des complications, même tardives, qu'elle peut engendrer. Les dernières recommandations sur le suivi post-chirurgie bariatrique, en France, ont été émises par la Haute Autorité de Santé, en 2009. (12)

Cependant, 5 ans après la chirurgie, la qualité du suivi peut être considérée comme satisfaisante chez seulement 12 % des patients. (37)

On sait aujourd'hui que l'absence de suivi peut avoir des conséquences bio-médico-psycho-sociales importantes.

Notre hypothèse est : les patients ayant bénéficiés d'une chirurgie bariatrique (tous types confondus) ont un suivi non optimal, ne répondant pas suffisamment aux recommandations.

De cette hypothèse découle notre question de recherche, à savoir : Quels sont les points de rupture dans le parcours de santé de la chirurgie bariatrique, selon les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais ?

L'objectif principal est de mettre en évidence les points de rupture pouvant entraîner un suivi non optimal lors du parcours de santé de la chirurgie bariatrique, d'après les médecins généralistes du Nord-Pas de Calais.

L'objectif secondaire serait de proposer des préconisations pour les différents acteurs du parcours de santé afin d'optimiser le suivi de ces patients.

Matériel et méthodes

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, descriptive cherchant à mettre en évidence les points de rupture dans le suivi après une chirurgie bariatrique, d'après les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais, afin d'aboutir à des préconisations.

La recherche qualitative a fait son apparition en 1920. Issue des sciences humaines et sociales, elle a pour objet spécifique d'étudier les représentations et les comportements des fournisseurs et des consommateurs de soins. Elle peut également permettre d'explorer l'expérience vécue des acteurs du système de soins qui sont confrontés à des phénomènes nouveaux. Globalement, la recherche qualitative a pour but d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel.

C'est une démarche dite inductive et interprétative car elle génère une hypothèse à partir de faits observés. (40)

II. Recrutement des participants

Les critères d'inclusion étaient :

- Médecins généralistes homme ou femme
- Exerçant dans le Nord-Pas-de-Calais
- Maîtres de stage universitaire ou non
- Suivant des patients ayant eu recours à une chirurgie bariatrique (tous types confondus)
- Ayant acceptés de participer à l'étude.

Le recrutement des médecins généralistes a été réalisé aléatoirement sur les différents territoires de santé du Nord-Pas-de-Calais à partir de l'annuaire des professionnels de santé de l'Assurance Maladie et du registre de terrains de stages ambulatoires de la Faculté de Médecine de Lille. Il s'est déroulé de Janvier à Mai 2020.

Les médecins généralistes ont été caractérisés par leur genre, leur âge, leur lieu et mode d'exercice.

Tout d'abord, le médecin était contacté par téléphone afin de lui expliquer l'étude et son objectif. Puis, si le praticien acceptait de participer à l'étude, un rendez-vous était convenu et une lettre d'information lui était envoyée par mail pour lui expliquer l'étude et son déroulement. Le consentement était recueilli oralement une première fois lors de l'appel téléphonique puis une deuxième fois avant chaque entretien.

III. Recueil des données

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés avec l'aide d'un guide d'entretien se modifiant au fil des entretiens (Annexe 5).

Les 5 premiers entretiens ont été effectués au cabinet des médecins généralistes mais, en raison de la pandémie de COVID-19, les suivants ont été réalisés par visioconférence via la plateforme Rendez-vous de Renater, en accord avec la cellule de protection des données.

En début d'entretien, l'objectif de l'étude était revu avec le médecin généraliste et le consentement éclairé à participer au projet de recherche était recueilli.

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

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, obtenue par l'absence de nouveau nœud émergeant de l'analyse des verbatims.

IV. Analyse des données

Les entretiens ont ensuite été retranscrits intégralement et mot pour mot sur le logiciel WORD® puis anonymisés.

Les entretiens ont ensuite été stockés sur ordinateur portable, par données chiffrées. L'analyse des entretiens par théorisation ancrée avec double codage a été réalisée à l'aide du logiciel NVIVO 12® suivi d'un codage axial.

L'analyse des données a été triangulée avec Madame F. M.

V. Éthique

La présente étude a fait l'objet d'une déclaration numéro 2020-05 auprès de la cellule de protection des données de l'Université de Lille.

Résultats

I. Population

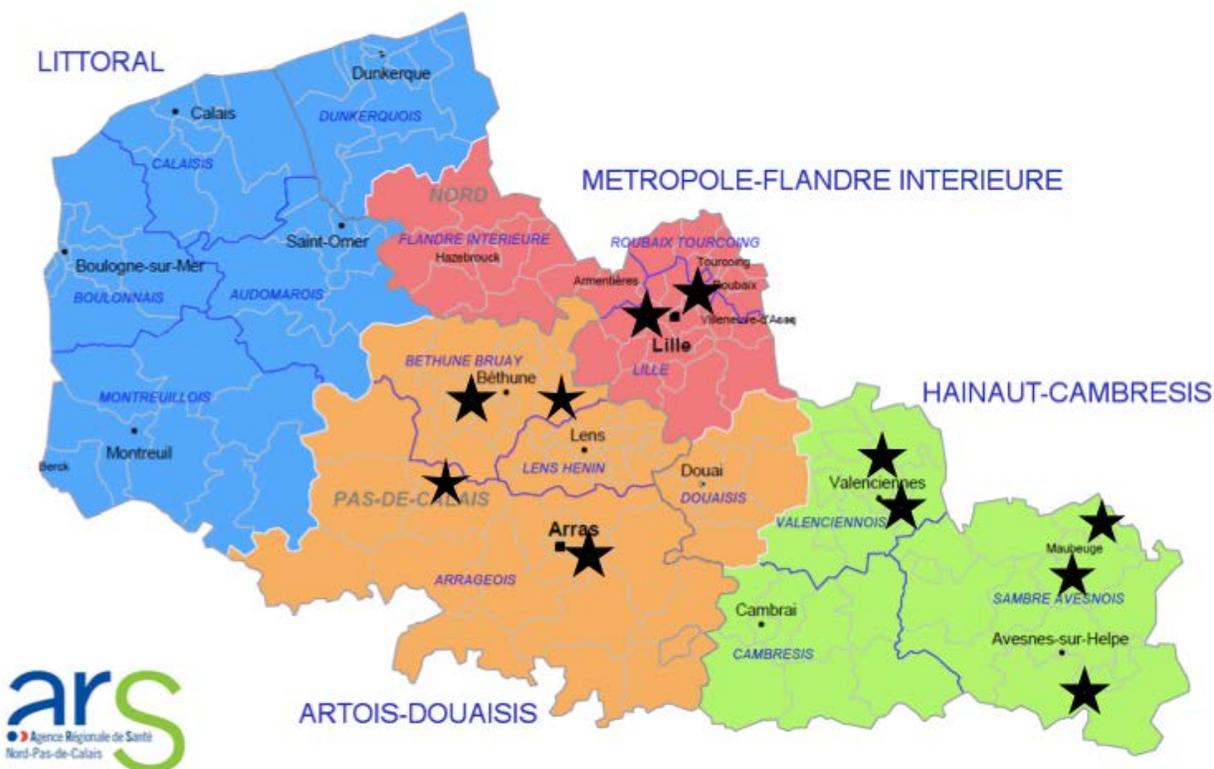
Onze médecins généralistes ont été interviewés de Janvier à Mai 2020. La durée des entretiens était comprise entre 13 minutes 57 secondes et 42 minutes et 7 secondes avec une moyenne de 30 minutes et 16 secondes par entretien.

Les caractéristiques des médecins généralistes participants sont décrits dans le Tableau 5.

Tableau 5 : Caractéristiques des médecins interviewés

Médecin	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Maitre de stage	Type d'activité
M1	F	35 ans	Urbain	Oui	En groupe
M2	F	51 ans	Semi-urbain	Oui	Seul
M3	H	60 ans	Rural	Oui	Seul
M4	F	61 ans	Urbain	Oui	Seul
M5	H	59 ans	Rural	Oui	MSP
M6	F	33 ans	Semi-rural	Non	Seul
M7	H	59 ans	Semi-rural	Oui (Catholique)	En groupe
M8	H	56 ans	Rural	Oui	En groupe
M9	H	55 ans	Semi-rural	Oui	MSP
M10	H	66 ans	Semi-rural	Non	En groupe
M11	H	53 ans	Semi-rural	Non	MSP

Figure 4 : Lieu d'exercice des médecins interviewés, carte de l'ARS Nord-Pas-de-Calais



II. Suivi préopératoire

1. Orientation

1.1. Médecin généraliste

Selon six médecins interviewés, le médecin généraliste orientait et adressait le patient à un chirurgien bariatrique ou une équipe pluridisciplinaire de chirurgie bariatrique.

M7 : « ils vont nous en parler, c'est éventuellement nous qui allons les adresser d'ailleurs » [lignes 259-260]

1.2. Patient

Quatre médecins interviewés énonçaient que, parfois, les patients faisaient eux-mêmes la démarche d'aller consulter un chirurgien sans en informer leur médecin traitant, ce qui était préjudiciable pour le suivi ultérieur.

M5 : « les patients vont directement voir le spécialiste et après ils nous en parlent pas donc c'est un peu compliqué de faire la part des choses, de faire le suivi après »
[lignes 75-77]

1.3. Médecin généraliste non favorable à la chirurgie

Deux interviewés n'étaient pas favorables à la chirurgie bariatrique.

M4 : « C'est pas moi qui les ai envoyés au chirurgien donc je les récupère bien malgré moi. » *[lignes 48-49]*

2. Indications opératoires

2.1. Différentes selon le lieu et la structure

Sept interviewés constataient que les indications opératoires étaient différentes d'une structure à une autre.

M 11 : « je pense que voilà je sais pas trop leurs indications mais d'une équipe à l'autre, les indications sont un petit peu différentes, l'évaluation est probablement un peu différente. » *[lignes 309-310]*

Un interviewé trouvait que les patients avaient plus facilement recours à la chirurgie en clinique qu'à l'hôpital ; le délai de réflexion étant plus court à la clinique.

M1 : « A la clinique, c'est fait un peu à la va vite quoi. Ils ont plus facilement, les patients ont plus facilement recours à la chirurgie qu'à l'hôpital. » [lignes 100-101]

2.2. Visée esthétique

Deux interviewés regrettaient parfois que l'indication opératoire ne soit pas l'amélioration de l'état de santé mais plutôt pour répondre à une demande esthétique du patient et constataient que cela impactait le suivi.

M8 : « Je pense qu'il y a un effet mode aussi donc y'a des gens qui ont un peu de poids qui veulent une sleeve pour avoir une belle ligne. Elles, elles se font opérer mais elles n'ont pas dans la tête de changer leurs habitudes alimentaires donc c'est surtout pour des problèmes d'esthétisme. » [lignes 319-322]

2.3. Évolution des indications opératoires

Cinq médecins interviewés notaient que les indications opératoires avaient évolué ces dernières années et que le poids et l'IMC n'étaient plus des critères stricts.

M10 : « On est plus au stade où je me souviens, dans les années 90, une personne avait fait le forcing pour prendre du poids pour pouvoir obtenir l'IMC à 40. On est plus à ce stade-là, on demande aux gens de perdre du poids avant l'intervention. » [lignes 139-144]

Et que le patient devait amorcer une perte de poids pour pouvoir bénéficier de la chirurgie bariatrique.

M10 : « Donc ils ont le temps de voir la personne, de voir comment évolue la personne et aussi les efforts, qu'elle fait pour déjà perdre. Oui, c'est ça, parce que déjà si y'a pas de perte de poids, ça récuse cette intervention. » [lignes 136-139]

3. Parcours de santé avant l'opération

3.1. Parcours du combattant de l'obèse

Neuf interviewés rapportaient que pour pouvoir bénéficier d'une chirurgie bariatrique, la majorité des patients rentrait dans un parcours de santé de l'obèse assez complexe.

M8 : « les gens que j'adresse ont un parcours assez complexe qui dure à peu près 1 année avec un travail en groupe, un travail individuel, une prise en charge par un nutritionniste plus tout ce qu'on appelle le parcours du combattant du patient obèse. [...] ça commence par les règles hygiéno-diététiques, les régimes, une perte de poids » [lignes 19-45]

3.2. Hospitalisation

Deux interviewés rapportaient que, parfois, il était proposé au patient une hospitalisation pour réaliser ce parcours de santé et tout le bilan préopératoire nécessaire. Cette hospitalisation était, selon les médecins interviewés, l'occasion de préparer psychologiquement les patients et d'amorcer une perte de poids grâce aux règles hygiéno-diététiques appliquées.

M11 : « Y'a parfois des patients à qui on propose d'être hospitalisés dans l'unité diététique à S-A. pour faire un petit peu le point, pour voir un petit peu dans quelles mesures ils sont motivés par cette chirurgie, y'a toute une prise en charge un peu globale, ils voient des diététiciens, des espèces de réunion de groupes de patients, voilà donc on essaie de les préparer psychologiquement, avant. » [lignes 276-281]

3.3. Programme préopératoire long

Six médecins interviewés trouvaient ce parcours long mais nécessaire afin de voir la motivation du patient et sa capacité à être assidu au suivi ultérieur.

M9 : « Ceux qui voient la chirurgie comme une solution miracle renoncent d'eux-mêmes parce qu'ils se rendent compte que ça n'ira pas. Donc déjà y'a une sélection pour les plus motivés, mais il faut que la motivation elle perdure. » [lignes 187-190]

3.4. Absence de chirurgie

Deux interviewés rapportaient que, durant ce parcours, des patients étaient récusés à la chirurgie devant la présence de contre-indications ; notamment si les patients ne semblaient pas capables de continuer un suivi.

M10 : « J'ai eu 2 patients qui auraient pu mais qui ont été refusés parce que on savait qu'après l'opération y'aurait pas d'adhésion à une alimentation équilibrée en fonction de la chirurgie. Y'en a une, on voyait que, psychologiquement, elle aurait de grandes difficultés à suivre le régime. » [ligne 95-111]

Trois interviewés constataient que certains patients ne bénéficiaient pas de la chirurgie grâce au programme nutritionnel et sportif.

*M1 : « ils vont apprendre à gérer leur alimentation et éviter cette chirurgie bariatrique. »
[ligne 115-116]*

3.5. Non réalisation du parcours de santé

Un interviewé regrettait que certains patients soient opérés rapidement sans avoir réalisés ce parcours et sans que le médecin traitant n'ait été contacté.

M5 : « Je connais des durées préopératoires de 15 jours sur certains chirurgiens où on apprend dans le bilan pré opératoire que l'accord du médecin traitant est positif alors qu'on m'a jamais rien demandé. » [lignes 68-70]

3.6. Absence d'équipe pluridisciplinaire en préopératoire

Un interviewé constatait un abandon plus fréquent au parcours de santé préopératoire lorsque celui-ci n'était pas réalisé par une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans l'obésité.

M8 : « Après, j'ai beaucoup de patients obèses, où lorsqu'ils vont dans des consultations qui ne sont pas des consultations d'obésité, ont des remarques péjoratives et désobligeantes. Ce qui là aussi les met en échec et peut leur faire abandonner l'idée d'une chirurgie. [lignes 159-162]

Et un taux d'échec de la chirurgie plus important lorsque le patient n'était pas pris en charge par une équipe pluridisciplinaire en préopératoire.

M8 : « Ce qui est un petit peu différent sur d'autres parcours où parfois les chirurgiens bariatriques, viscéraux en libéral, qui ne font pas partis d'un pôle nutrition vont beaucoup plus vite mais avec un taux d'échec qui me semble plus important et quand je parle de taux d'échec, c'est de la reprise du poids. » [lignes 47-50]

4. Informations préopératoires

4.1. Information adaptée

Les onze médecins interviewés trouvaient que l'information préopératoire était claire et adaptée et que les patients étaient correctement préparés à la chirurgie et ses complications.

M2 : « on leur explique dans les ateliers de groupe donc d'éducation, les différents types de chirurgies. Ils me disent qu'ils sont informés, ils me disent qu'ils sont rassurés avant de se faire opérer, ils sont rassurés parce qu'ils savent qu'après l'opération y'aura un suivi et ils ont besoin ... ils ressentent le besoin de continuer à être guidés. » [lignes 139-141]

4.2. Nécessité du suivi à vie

Cependant, trois interviewés regrettaient que les patients ne soient pas assez informés de la nécessité et de l'importance du suivi à faire à vie ; se demandant si cela était clairement dit aux patients.

M4 : « Après, je sais pas si on prévient les patients qu'y'a un suivi à vie derrière. Je sais pas si c'est verbalisé vraiment dans les consultations. Je pense pas qu'on leur dise que c'est un suivi à vie. Je pense qu'on leur dit que c'est une guérison à vie mais ... et que c'est un privilège d'être opéré mais ... » [lignes 145-152]

4.3. Contraception

Un interviewé regrettait également que la question de la contraception, de la grossesse et du risque que cela entraînerait ne soit pas abordée. *M1 : « Et au niveau contraception, faut vraiment être durs avec eux en leur expliquant qu'elles peuvent tomber enceinte la première année et que c'est très, très, très dangereux pour le bébé et pour elle. Et ça je sais pas si c'est bien spécifié ... » [ligne 397-399]*

4.4. Mode d'information

D'après huit médecins interviewés, les patients recevaient l'information via des consultations individuelles, des groupes de parole et un dossier récapitulatif.

M6 : « ils sont vus en entretien, ils en parlent aussi en groupe de paroles et après ils ont un petit dossier, en fait, où tout est résumé. Non, c'est assez bien expliqué. Même pour nous je trouve que c'est intéressant, en tant que médecin généraliste, d'avoir ces infos-là. » [lignes 214-219]

5. Rôle du médecin généraliste

5.1. Soutien

Pendant cette phase, quatre interviewés trouvaient que le médecin généraliste avait essentiellement un rôle de soutien et de préparation psychologique.

M2 : « pour moi le rôle du médecin généraliste c'est plus d'essayer, avant l'opération, de leur dire que ça va être un changement à vie. Je pense que le rôle du médecin généraliste, c'est plus de voir comment ça se passe psychologiquement ...»
[lignes 193-196]

5.2. Informant

Trois interviewés pensaient que leur rôle était de répondre aux éventuelles questions des patients, d'éclaircir certains points.

M6 : « Il y avait des choses qu'on lui avait dites, elle ne se souvenait pas parce que, forcément, avec toutes les informations à traiter mais voilà, j'avais remis un peu au clair des choses. » [lignes 215-217]

5.3. Sensibilise et responsabilise

Pour six interviewés, le médecin généraliste avait aussi un rôle de sensibilisation pour permettre aux patients de prendre conscience de l'impact de la chirurgie qui n'est pas anodine.

M1 : « j'essaie de sensibiliser les patients. Je leur explique les types de chirurgie et je leur explique aussi que c'est pas la baguette magique, les efforts à faire au niveau activité physique et au niveau diététique. Et je leur explique aussi qu'il y a vraiment un gros risque après la chirurgie bariatrique de ... passer en réanimation. » [lignes 109-114]

6. Entourage du patient

Deux interviewés soulevaient que l'absence d'implication de l'entourage familial dans le parcours de santé de la chirurgie bariatrique était préjudiciable pour le suivi.

M1 : « Parce qu'en fait on se concentre que sur la patiente. [...] A chaque fois, on prend l'individu tout seul, mais au final, c'est dans une dynamique familiale et c'est l'environnement aussi, je pense, qui favorise la prise de poids importante. Et puis ça peut faire un déclic pour les autres, pas de se faire opérer mais de changer leurs habitudes alimentaires. » [lignes 316-326]

III. Suivi post-opératoire immédiat

1. A l'hôpital

D'après dix interviewés, le suivi post-opératoire immédiat, dans le mois suivant la sortie de l'hôpital, était réalisé en grande partie à l'hôpital et essentiellement par le chirurgien.

M11 : « Dans le mois suivant la chirurgie, en général, ils sont vus par le chirurgien et c'est tout. » [lignes 66-67]

Cinq interviewés soulignaient, à nouveau, la disponibilité de l'équipe hospitalière si l'état du patient le nécessitait.

M9 : « Ils répondent quand même à l'urgence, je pense à F.P. qui fait de l'endosleeve, il est très disponible si y'a des hémorragies digestives qui sont des complications de l'endosleeve. Les patients peuvent retourner directement dans le service si y'a le moindre problème. Et c'est essentiellement ça, la disponibilité de l'équipe chirurgicale en consultation post-chirurgicale qui est quand même constante. » [lignes 43-47]

2. Le médecin généraliste

Sept médecins interviewés trouvaient ne pas ou avoir peu de rôle dans le suivi post-opératoire immédiat.

M8 : « le médecin généraliste, en post-op, ne voit quasiment plus les malades qu'il soit bariatrique ou non, faut être honnête. » [lignes 229-230]

Cinq interviewés ne voyaient les patients que pour le côté administratif, le suivi étant réalisé à l'hôpital.

M11 : « Comme on ne les voit pas précocement, non, parce que en général, on les voit à la sortie de l'opération, pour faire éventuellement l'arrêt de travail mais le suivi vraiment immédiat non. » [lignes 103-105]

3. Informations sur le suivi

Trois interviewés regrettaient parfois le manque d'informations données, à la sortie d'hospitalisation, aux patients sur le suivi ultérieur. Les patients ne sachant pas s'ils doivent continuer le suivi diététique et psychologique.

M9 : « Quelqu'un qui a été opéré d'une chirurgie bariatrique, si en sortant, il ne sait pas s'il doit voir une diététicienne ou pas, s'il doit voir une psychologue ou pas » [lignes 102-103]

Deux interviewés soulignaient aussi le manque d'information sur l'alimentation à avoir au retour à domicile pouvant occasionner des erreurs diététiques entraînant des complications et favorisant l'abandon du suivi.

M1 : « Et quand elle est sortie de L., où elle a été hospitalisée pendant 1 mois, elle m'a dit « je ne sais pas qu'est-ce que je peux manger ». Ça fait 1 mois que je suis sortie et j'ai pas vu de diét. Donc elle mangeait des produits laitiers, produits laitiers donnent douleurs épigastriques et au final, elle me disait « je comprends pas, j'arrête pas de vomir, j'ai mal à l'estomac. » [lignes 378-382]

IV. Suivi post-opératoire à court terme

1. A l'hôpital

D'après six interviewés, le suivi à court terme, jusque 2 ans post-opératoire, était réalisé essentiellement à l'hôpital, par le chirurgien, et le médecin généraliste intervenait à la demande du chirurgien.

M9 : « On reçoit de la part du chirurgien des courriers de consultation en post-opératoire qu'il a fait avec les différents axes thérapeutiques, les différentes modalités de suivi qui sont quand même organisées par les chirurgiens. On est tenu informé puis on intervient sur les prescriptions, notamment » [lignes 30-33]

Les patients étaient revus à intervalle régulier par le chirurgien, selon cinq médecins interviewés.

M1 : « ça dépend du type de chirurgie bariatrique mais normalement c'est à 3 mois, 6 mois et 1 an ». [lignes 26-27]

Et dans certaines villes, selon quatre interviewés, également par l'endocrinologue et la nutritionniste. *M4 : « Ils sont vus tous les mois la première année par l'endocrino, par le nutritionniste. » [lignes 123-124]*

Durant cette période, les patients étaient reconvoqués systématiquement par l'équipe chirurgicale, d'après deux interviewés.

M1 : « à l'hôpital, ils sont reconvoqués systématiquement en hôpital de jour pour faire des bilans et voir la diététicienne et la psychologue aussi. » [lignes 20-22]

2. Rôle du médecin généraliste

Trois interviewés regrettaient de ne pas être plus intégrés dans le suivi post-opératoire à court terme.

M8 : « Quand je dis aucun, c'est que quand c'est très spécialisé, dans les 3 à 6 premiers mois, quel que soit le geste opératoire, on a l'impression que le généraliste on s'en occupe pas. » [lignes 223-225]

3. Disponibilité de l'équipe pluridisciplinaire

Neuf interviewés soulignaient également la disponibilité de l'équipe hospitalière si le patient présentait des complications post-chirurgicales.

M11 : « si on prend le téléphone et qu'on rappelle l'équipe qui l'a pris en charge, ils nous ferment pas la porte. Non l'accès il est faisable. » [lignes 177-178]

V. Suivi post-opératoire à long terme

1. Durée de suivi

Dix interviewés décrivaient un manque de suivi à long terme.

M3 : « Alors, pour la chirurgie bariatrique ... (silence), il faut qu'il y ait un suivi dans le temps et jusqu'à long terme, sans limite, 'fin pour moi sans limite de temps. Donc y'a un suivi qui est à faire mais c'est vrai que plus on s'éloigne dans le temps et, à mon avis, plus ce suivi diminue » [lignes 183-187]

- Trois interviewés relataient un suivi régulier pendant 1 an.

M1 : « Après la première année, y'a plus de suivi or, en fait, souvent c'est des gens qui reprennent leur poids au bout de 3-4 ans. » [lignes 198-199]

- Trois interviewés pendant 2 ans.

M2 : « Dans l'information qu'ils ont en préopératoire, ils disent qu'il y aura un suivi pendant 2 ans. Alors j'ai déjà posé la question, à des personnes qui se sont faites opérées de chirurgie bariatrique, après 2 ans, quand on leur pose les questions, ils disent « bah non, c'est terminé ». » [lignes 79-82]

- Quatre interviewés pendant 5 ans.

M6 : « je crois que c'est 5 ans, en suivi assez régulier » [ligne 65]

Un médecin interviewé déclarait avoir l'impression que les patients étaient laissés dans la nature après la chirurgie.

M11 : « J'ai un peu l'impression globale que les patients ils sont un peu, je n'accuse personne, mais un peu laissés dans la nature donc peut-être trouver une solution pour qu'ils soient plus suivis, je sais pas. » [lignes 346-348]

Quatre interviewés constataient un contraste important entre la prise en charge préopératoire très riche et le suivi post-opératoire plus pauvre.

M9 : « Ça fait un sacré parcours de santé. Et puis après il se fait opérer et en sortant, c'est là que je vous dis que l'après est plus pauvre que l'avant. » [lignes 167-168]

2. Médecin généraliste

2.1. Absence de recommandations claires

Six interviewés regrettaient de ne pas avoir de recommandations claires sur le suivi à effectuer.

M11 : « J'ai pas de conduites comme ça systématique et c'est peut-être dommage. J'ai pas de recommandations claires donc je fais un peu ma sauce quoi mais qui, du coup, ne doit pas être optimale, je pense. » [lignes 366-369]

Deux interviewés regrettaient que le suivi ne soit pas protocolisé comme pour d'autres pathologies.

M9 : « Dans le cancer, c'est quand même beaucoup plus protocolé, la carcinologie mais, j'ai l'impression, qu'on a pas le même arsenal de suivi. » [lignes 305-307]

Cinq interviewés aimeraient avoir des recommandations pratiques, un guide systématique sur le suivi à réaliser avec quoi faire, quand faire, comment faire.

M9 : « l'idéal serait d'avoir des grilles disant bah voilà, à tel mois, faut qu'il ait ses bilans, tous les combien, ses dosages tous les combien, ses consultations de suivi, comme un diabétique si vous voulez. Et ça faudrait le construire ... » [lignes 145-147]

2.2. Manque d'implication des médecins généralistes

Quatre interviewés admettaient ne pas s'intéresser ni s'impliquer dans le suivi de la chirurgie bariatrique.

M11 : « Y'a peut-être des recommandations là-dessus mais je ne m'y suis pas vraiment intéressé » [lignes 378-379]

2.3. Suivi à faire en soins primaires ?

Trois interviewés se posaient la question de savoir s'ils devaient faire partie du suivi et s'ils étaient qualifiés pour le faire.

M3 : « je dirais, à la limite, c'est quand même assez spécialisé, est-ce que c'est vraiment des soins primaires ? oui et non, c'est plus du domaine des endocrinologues et des nutritionnistes. » [lignes 269-271]

Un interviewé trouvait que le suivi du patient obèse relevait d'une spécialité à part entière.

M8 : « faut quand même reconnaître que le suivi nutritionniste d'un obèse c'est aussi une spécialité et qu'il faut s'appuyer sur des nutritionnistes et des psychologues ».
[lignes 84-86]

2.4. Manque de formation

Sept interviewés soulignaient ne pas avoir eu de formation sur la chirurgie bariatrique et son suivi.

M2 : « Parce que je pense pas qu'on est, nous, la formation pour pouvoir s'en occuper parce que c'est plus un problème où y'a de la génétique, y'a surtout de l'épigénétique et des troubles du comportement donc y'a beaucoup d'entretiens motivationnels à faire et donc moi j'apprends sur le tas parce que j'étais pas du tout formatée pour ça en sortant de la fac donc y'a fallu que j'apprenne » [lignes 323-327]

2.5. Méconnaissance de l'impact psychologique

Un médecin interviewé admettait ignorer que l'impact psychologique de la chirurgie bariatrique pouvait être négatif.

M11 : « Mais moi j'avais été un peu étonné, je m'attendais vraiment en effet, peut-être un peu naïvement, que ça allait forcément améliorer la vie de tous les patients cette chirurgie bariatrique et en fait, pas forcément. Je pense qu'on mesure pas forcément l'impact, que ça peut avoir un impact négatif aussi, même si la plupart des gens ça a un impact positif, évidemment c'est pour ça qu'ils le font. » [lignes 150-157]

2.6. Rôle du médecin généraliste

- **Non intégré au suivi**

Trois interviewés décrivaient avoir l'impression d'être court-circuité dans le suivi : regrettant de ne pas être tenus informés, ni intégrés dans le suivi.

M7 : « J'ai pas l'impression qu'on soit dans la boucle ou alors c'est peut-être de ma faute mais j'ai pas l'impression que ce soit de ma faute. C'est mon ressenti. On n'est plus pris dans la triangulation et entre autre je pense que ... c'est un peu dommage dans la chirurgie bariatrique. Non ça se passe vraiment pas avec nous, nous on est en dehors du truc. » [lignes 127-129]

- **Patients ignorant que le médecin généraliste fait partie du suivi**

Deux médecins interviewés remarquaient que les patients n'étaient pas au courant que le médecin généraliste était qualifié et faisait partie du suivi post-chirurgie bariatrique.

M10 : « il faudrait insister auprès des patients pour dire, il faut aussi consulter votre médecin généraliste, par la suite. Par exemple, si vous allez à l'hôpital tous les ans, entre 2, allez voir votre généraliste pour faire un peu le bilan, parler de vos troubles. Voilà, peut-être qu'il faudrait insister sur le fait que le médecin généraliste est capable d'appréhender, justement, ces troubles. » [lignes 218-229]

- **Absence de rôle**

Huit interviewés trouvaient qu'ils n'avaient pas vraiment de rôle à jouer dans le suivi de la chirurgie bariatrique.

M6 : « Bah, nous, on n'a pas une grande place, j'ai envie de dire. Je trouve pas qu'on ait une grosse place là-dedans. Parce qu'en général, quand je pose une question, on me répond « ah bah oui, ça j'ai vu avec la nutritionniste, oui oui ça j'ai vu ». Après je me vexe pas du tout. » [lignes 76-92]

Si ce n'est le rôle d'adresser le patient à un spécialiste en cas de problème.

M7 : « C'est-à-dire qu'un généraliste, c'est quelqu'un qui va identifier une problématique, il faut qu'il ait un bon carnet d'adresse et qu'il oriente ... Et on a quand même, tellement de boulot que ... quelque part, je ne vis pas mal cette situation de ne plus être dans la triangulation incessante d'un tas de trucs. Nous, on est devenu des chefs d'orchestre, quelque part ... » [lignes 292-302]

- **Soutien psychologique et motivationnel**

Quatre interviewés décrivaient avoir un rôle de soutien psychologique.

M6 : « Nous on peut intervenir vu que les patients, on les connaît, on les voit assez régulièrement, en disant « bah, tiens j'ai l'impression que ça va pas, ça serait peut-être bien de remettre un coup à la machine ». Je pense que c'est peut-être notre rôle dans ce sens-là. » [lignes 131-134]

Et six interviewés relataient être un soutien motivationnel pour leurs patients,

M1 : « Je pense qu'on a plus le rôle en tant que généraliste d'entretien motivationnel pour pas qu'ils ne perdent pieds et que la chirurgie n'ait servi à rien. » [lignes 63-65]

En essayant de faire raccrocher le patient au suivi pluridisciplinaire.

M8 : « Ceux qui ne sont pas vus, ils ne réalisent pas le suivi biologique. Il faut en profiter quand ils reviennent pour leur dire que c'était nécessaire de faire leur prise de sang, de faire leur suivi. Mais ça c'est le rôle du médecin généraliste, dans toute pathologie, c'est pas que l'obésité. » [lignes 281-283]

- **Responsabilisation du patient**

Un interviewé décrivait le médecin généraliste comme la personne devant responsabiliser les patients vis-à-vis de leur santé et de leur prise en charge.

M10 : « on est là mais on est pas toujours là et que c'est à eux d'être responsable des inconvénients et des complications si y'a pas cette surveillance, cette supplémentation en vitamine. » [lignes 85-87]

- **Suivi des pathologies annexes**

Huit interviewés voyaient leur rôle dans la continuité du suivi des pathologies annexes à la chirurgie.

M6 : « enfin, j'avoue que sur le plan nutritionnel pur et leur chirurgie bariatrique ... moi je gère plutôt les accotés : leur HTA, leur diabète. » [lignes 89-91]

3. Attitude des soignants

Deux médecins interviewés admettaient que, parfois, le suivi était impacté par le manque d'empathie du soignant.

M1 : « Et puis peut-être aussi le regard des soignants, en étant un peu plus indulgent et en se rendant compte que c'est une bataille de tous les instants pour ces gens-là. »

[lignes 327-328]

4. Patient

4.1. **Patient consommateur de soins**

Six interviewés rapportaient que les patients voyaient la chirurgie comme une solution miracle et immédiate, ne leur demandant aucun effort, qu'ils pouvaient consommer sans risque et sans suivi derrière. L'impatience des patients était rapportée comme un problème important dans le suivi.

M1 : « en fait, on est dans une société de consommation où le patient veut tout, tout de suite et il se rend pas compte qu'il est arrivé à ce poids là en plusieurs années et il veut un effet miraculeux en moins d'un an. » [lignes 279-281]

4.2. Patient se considérant comme guéri

Quatre interviewés constataient que le patient opéré considérait être guéri et ne voulait plus être vu comme un malade ; raison pour laquelle il ne poursuivait pas le suivi.

M4 : « Non pour eux, c'est une guérison, c'est fini. Je pense qu'on leur dit que c'est une guérison à vie mais ... et que c'est un privilège d'être opéré mais ... c'est pas évident pour quelqu'un de jeune « en bonne santé » qui a comme problème que son obésité qui a été traitée pour lui en chirurgie de lui faire accepter de prendre un médicament tous les jours. » [lignes 35 et 266-268]

Pour deux médecins interviewés, les patients oubliaient rapidement l'intérêt du suivi et semblaient occulter que la chirurgie est inefficace sans suivi et sans changement de leurs habitudes de vie.

M5 : « Mais le problème, c'est qu'ils ont pas forcément intégré que la façon de s'alimenter c'est à vie et que après, y'a du relâchement. Je pense que le patient n'a pas intégré que c'est dans la vie de tous les jours qu'il faut faire attention ... » [lignes 436-440]

4.3. Patient non acteur de sa santé

Quatre interviewés constataient que certains patients restaient passifs dans leur prise en charge et ne modifiaient pas leur hygiène de vie.

M2 : « La chirurgie bariatrique n'est qu'un outil et, eux, ils considèrent que c'est la totalité puisque ça va les obliger à manger ou digérer autrement. Mais j'ai pas l'impression que ce qu'ils ont eu comme acquisition d'état d'esprit soit suffisant. » [lignes 338-341] « J'ai l'impression qu'ils disent « oui, oui, je vais faire si, je vais faire ça » tout ça pour que le psychologue accepte qu'il se fasse opérer » [lignes 349-351]

4.4. Personnalité du patient

La personnalité du patient impactait beaucoup le suivi, selon deux interviewés.

M2 : « y'a quand même beaucoup de personnes qui font la chirurgie bariatrique qui sont un peu borderline au niveau psychologique. Tout le monde n'a pas forcément qu'une hérédité génétique quand on est en gros surpoids, y'a quand même d'autres facteurs, derrière, et c'est pour ça qu'ils ont peur des psychologues. » [lignes 352-355]

4.5. Manque d'observance

Sept médecins interviewés constataient que parfois quand les patients étaient reconvoqués ceux-ci ne se présentaient pas à la consultation.

M1 : « Et après le truc, c'est que peut être que les patients sont reconvoqués mais que les patients ne viennent pas. » [lignes 162-163]

Pour ces sept interviewés, l'inobservance des patients était un problème récurrent dans le suivi.

M3 : « C'est plus l'observance du patient parce que le patient doit être acteur de sa santé ... le médecin aussi bien sûr mais le médecin peut pas tout faire. Si le patient décide de ne plus aller consulter le praticien, son médecin de famille, bah c'est tout, on peut plus rien faire » [lignes 200-203]

4.6. Patient ne considère pas le sport comme un traitement

Un interviewé soulevait le fait que l'activité physique n'était pas considérée, par les patients, comme un traitement à part entière après la chirurgie bariatrique.

M2 : « Tant qu'y'aura pas l'activité physique qui sera considérée comme un traitement stricto sensu, ça ne pourra pas marcher puisqu'on ne s'occupe que des entrées et pas des sorties. » [lignes 451-453]

4.7. Manque de confiance dans le suivi

Deux médecins interviewés rapportaient un manque de confiance des patients envers l'équipe effectuant le suivi.

M5 : « Je pense qu'il y a une part de la motivation et de la confiance qu'on a dans le système de prise en charge qui fait que l'adhésion à la prise en charge est meilleure » [lignes 59-60]

Manque de confiance majoré, selon un interviewé, par les discours discordants des soignants.

M4 : « Mais le dernier patient là, il m'a dit qu'ils n'étaient pas d'accord. Entre la nutritionniste et l'endocrino, ils étaient un peu en guerre. » [lignes 132-133]

4.8. Importance de la relation de confiance avec le médecin traitant

Un interviewé évoquait un suivi et un accompagnement plus difficile lorsqu'une relation de confiance médecin-patient n'était pas établie.

M5 : « Bah ça dépend la relation qu'on a déjà avant avec le patient. Ça dépend, y'a des patients qui nous font plus confiance. Donc y'a une proximité qui se fait dans l'échange, ils vont se confier plus donc si y'a des problèmes, ils vont nous le dire plus facilement. Je pense qu'il faut une complicité entre le médecin et le patient pour l'accompagnement. » [lignes 204-210]

4.9. Découragement du patient

Un découragement des patients à plus ou moins long terme était remarqué par six interviewés.

M9 : « il y a certainement des échecs qui sont liés à ça : reprise de poids, démotivation, reprise de la mal bouffe, de se dire « toute façon je me suis fait opérer, ça n'a pas marché, tant pis ». [lignes 173-175]

5. Aspect financier

5.1. Non prise en charge par la Sécurité Sociale

Sept interviewés exprimaient que l'absence de prise en charge des consultations de diététicien, de psychologue, en ville, et du sport était un souci majeur dans l'adhésion thérapeutique.

M1 : « tout ce qui est diététicienne et psychologue c'est pas remboursé et j'ai des patients en situation de précarité qui peuvent pas se permettre d'aller voir une diét ou la psy quoi. » [lignes 79-82]

D'autant plus que, selon un interviewé, les patients étaient parfois méfiants d'aller consulter un professionnel de santé non médecin, qui plus est si celui-ci n'était pas remboursé.

M2 : « Le problème c'est que ... c'est ça aussi, c'est que, ici en France, tout le monde attend que ce soit, soit pris en charge, soit remboursé. Si c'est pas remboursé déjà c'est suspicieux, en plus, c'est pas marqué « Docteur » devant (rires) et ben ... c'est pas normal donc c'est pas utile. » [lignes 545-548]

Pour sept interviewés, le problème était le même pour les compléments alimentaires et les dosages biologiques qui ne sont pas remboursés.

M2 : « alors by-pass, ils prennent aussi des vitamines très chères, à acheter et la sleeve c'est aussi conseillé mais la plupart ne prennent pas parce que c'est pas remboursé. » [lignes 118-120]

5.2. Non reconnue comme une ALD

Selon trois interviewés, l'absence de reconnaissance en affection longue durée (ALD) était également un souci, pour 2 raisons : l'absence de prise en charge financière mais aussi l'absence de reconnaissance en maladie chronique.

M1 : « peut-être mettre à 100 % le suivi post chir bariatrique, en ALD » [ligne 516]

6. Organisation

6.1. Distance domicile-lieu de l'équipe chirurgicale

Trois interviewés évoquaient la distance entre le domicile du patient et le lieu de suivi comme un frein pour plusieurs raisons :

- Le médecin généraliste connaissant moins l'équipe chirurgicale, car plus éloignée, avait souvent moins de contact avec celle-ci, rendant plus difficiles le suivi et la coordination des soins ville-hôpital.

M5 : « Mais je pense qu'il faut une proximité, ceux qui se font opérer loin je pense que le suivi est moins bien parce que y'a la distance et on est pas forcément au courant. On a pas de contact, on sait pas qui ils sont, on sait pas comment ils travaillent et on sait pas quelle est l'organisation du travail, on sait pas quelle est l'organisation du suivi. » [lignes 298-300]

- La distance trop importante entre le domicile et l'hôpital favorisait le renoncement du patient au suivi pour des raisons pratiques (difficultés de déplacement, temps de trajet).

M9 : « Parce que vous savez le patient, s'il doit refaire 100 km ou 150 km pour voir une diététicienne, il va le faire une fois et puis la deuxième fois, il va se dire « j'ai autre chose à faire » que d'aller chez la diététicienne, il va se dire « j'ai déjà perdu assez de temps » et il ne va pas y aller, c'est un grand classique. » [lignes 110-114]

6.2. Délais de consultation longs

Un interviewé constatait que les délais de consultation étaient longs lorsque le patient n'était pas reconvoqué par l'équipe pluridisciplinaire qui l'avait opéré.

M8 : « C'est les délais d'attente. Ceux qui ne rentrent pas dans un parcours de soins de l'obèse et bah ça prend du temps. Donc ces suivis là, des complications de l'obésité qui sont importantes, c'est long » [lignes 99-106]

6.3. Absence de consultations de groupe

Un interviewé regrettait l'absence d'atelier en groupe de patients en post-opératoire.

M2 : « A chaque fois que j'ai posé la question à des patients, les ateliers de groupe ça se fait avant l'opération, mais c'est même pas obligatoire, et souvent y'en a beaucoup au début puis après plus rien. J'en ai jamais vu après. » [lignes 408-412]

7. Communication et coordination des soins

7.1. Communication entre soignants

Cinq interviewés constataient un manque de communication et de coordination entre les différents professionnels de santé intervenant dans le suivi et le médecin traitant.

M2 : « cette éducation que n'ont pas non plus les soignants à déléguer et à communiquer et à coordonner pour faire la même chose en même temps ; pas l'un puis après l'autre, sans qu'il y est de cohésion, sans qu'il y est de protocole. » [lignes 456-459]

Trois médecins interviewés regrettaient de ne pas être informés de l'alimentation à poursuivre et du suivi diététique réalisé.

M11 : « Souvent, ils ont une alimentation qui est assez pauvre, en tout cas, pas très variée au départ. Et nous, on est peu informé des conseils qui leur ont été donnés. On a la lettre post-opératoire mais dans le courrier, y'a pas ce qu'il est autorisé à manger, pas autorisé à manger, je trouve ça un petit peu, peu suivi. » [lignes 82-87]

Pour ces trois interviewés, il en était de même pour le suivi psychologique.

M7 : « ils ont sans doute, toujours besoin d'un suivi psychologique ; en général, on devient pas gros innocemment mais là c'est pareil, je sais pas du tout s'ils ont un suivi psychologique, je pense pas. » [lignes 249-251]

7.2. Transmissions hôpital-ville

Cinq interviewés décrivaient également une absence de transmission entre les diététiciens, psychologues hospitaliers et ceux de ville.

M2 : « j'ai l'impression qu'il y a une sorte de compétition qui n'est pas forcément ... saine entre les diététiciens de ville et les diététiciens des institutions, y'a pas de communication, y'a pas de continuité, y a un manque de coordination. » [lignes 206-208]

Un interviewé soulignait ne pas avoir de retour sur le traitement prescrit à ses patients.

M7 : « Moi, ça me pose problème et c'est pour ça que j'avais posé la question à cette patiente-là, ça fait 2-3 ans qu'elle a été opérée, et je lui dis « mais enfin normalement après ta chirurgie, tu dois continuer à prendre des vitamines, un certain nombre de choses. Qu'est-ce que tu prends ? ». Alors j'ai regardé, dans les courriers et j'ai rien trouvé et donc, c'est comme ça que y'a 2 jours, elle est venue me voir et elle m'a montré la boîte de son mélange poly vitaminiques » [lignes 70-76]

7.3. Continuité des soins

Cinq médecins interviewés décrivaient des difficultés dans la continuité des soins puisque le patient est, dans un premier temps, suivi uniquement à l'hôpital/la clinique puis ensuite en ville.

M9 : « c'est quand même assez hospitalo-centré. Ce qui manque un peu c'est le lien ville-hôpital sur ce coup-là. » [lignes 101]

8. Correspondance

8.1. Absence de courriers

Trois interviewés signalaient ne pas recevoir les courriers des consultations de suivi.

M5 : « mais pour certains correspondants chirurgiens, nous n'avons pas de courrier de retour. Donc en fait c'est en fonction de ce que le patient nous raconte. Et comme les prescriptions, les bilans sont demandés par les spécialistes et qu'on n'a pas forcément les comptes rendus du labo et ben nous on n'est pas au courant. » [lignes 97-101]

Trois interviewés regrettaient de ne pas recevoir de compte-rendu des consultations avec les professionnels de santé paramédicaux (diététicien, psychologue).

M9 : « j'ai pas toujours les comptes rendus de suivi. Je vais me mettre sur un dossier, par exemple d'un patient auquel je pense, on a les consultations de suivi des chirurgiens mais pour le reste, on n'a pas grand-chose. [...] On ne connaît pas les comptes rendus des psychologues ou des diététiciens, on ne sait pas s'ils vont intervenir en post-opératoire, on ne sait pas ce qu'ils leur ont dit. » [lignes 53-70]

8.2. Courrier trop synthétique

Un interviewé trouvait que la synthèse pluridisciplinaire qu'il recevait de l'hôpital après chaque consultation était trop synthétique et manquait d'informations.

M9 : « J'ai le retour avec une synthèse pluridisciplinaire mais elle n'est pas détaillée ... c'est pas comme une RCP. Vous lisez une RCP d'un patient vous savez qui a été présent, quelles décisions ont été prises, etc ... là c'est beaucoup plus synthétique, à tel point que ça devient anonyme presque (rires). » [lignes 77-80]

8.3. Absence de courriers de non présentation du patient

Deux interviewés évoquaient également ne pas recevoir de courriers indiquant que le patient ne s'était pas présenté à sa consultation de suivi.

M9 : « on n'a pas de courrier disant « Monsieur a été convié à une consultation à laquelle il ne s'est pas rendu » parce que ça d'habitude on les a, bah là on n'en a pas. » [lignes 302-304]

8.4. Absence de reconvoications systématiques après 1 an

Deux interviewés regrettaient l'absence de reconvoications systématiques aux consultations après 1 an.

M1 : « Après la première année, y'a plus de suivi or, en fait, souvent c'est des gens qui reprennent leur poids au bout de 3-4 ans. Faudrait que tous les ans, il soit convoqué de manière systématique je pense » [lignes 198-200]

9. Absence d'équipe pluri-professionnelle en ville

Trois interviewés regrettaient l'absence d'équipe pluri professionnelle en ville, pour réaliser le suivi post-opératoire.

M2 : « c'est le fait qu'à l'hôpital ou la clinique y'a toute une équipe autour structurée pour la prise en charge de la chirurgie bariatrique et c'est pas cohérent après de retourner chez le médecin généraliste qui peut rien faire tout seul. Donc moi toute seule, suivre une chirurgie bariatrique s'il n'y a pas de coordination de soins à l'extérieur ça n'a pas de sens. La rupture, elle est là, c'est de redevenir tout seul face à quelqu'un qui a eu toute une équipe derrière. » [lignes 225-228 et 235-238]

10. Manque d'uniformisation du suivi

Sept interviewés constataient un suivi non systématique et non uniformisé.

M11 : « j'ai du mal à dire une généralité de suivi mais j'ai pas l'impression qu'il y ait un suivi très systématique. » [lignes 97-98]

Le suivi dépendait :

- Du chirurgien et de l'équipe pluridisciplinaire, selon deux interviewés.

M5 : « le suivi après l'intervention dépend du spécialiste qui opère et de l'équipe pluridisciplinaire qui gère : psychologue, nutritionniste » [lignes 61-62]

- De la structure (hôpital, clinique) et du lieu, selon trois interviewés.

M1 : « Avant j'étais installée sur M., je sais pas si c'est important de le dire et à M., il y avait que la clinique qui opérait les chirurgies bariatriques, l'hôpital le faisait mais c'était beaucoup moins bien organisé que V. Je pense que ça dépend des structures en fait. Mais je crois que chacun fait un peu comme il peut ou comme il veut. » [lignes 89-91]

- De la prise en charge initiale, du suivi préopératoire, selon un interviewé.

M5 : « tout dépend aussi de la prise en charge initiale. Ça change dans le suivi, dans l'importance du suivi préopératoire et post-opératoire. Je suis convaincu que s'il est accompagné avant, si y'a une bonne prise en charge pluridisciplinaire avant la chirurgie, le suivi post-chirurgical est mieux réussi. » [lignes 37-41]

- De l'orientation du patient : si c'était le médecin traitant qui adressait le patient ou si le patient faisait lui-même la démarche d'aller consulter un chirurgien

M5 : « ça dépend si c'est le médecin qui envoie son patient à son médecin correspondant ou si c'est le patient qui fait lui-même sa démarche sans en parler à son médecin traitant. » [lignes 31-33]

- De la demande du patient selon un interviewé.

M11 : « J'ai l'impression qu'y'a des patients qui sont un petit peu perdus de vue et si les patients ne sont pas demandeurs bah c'est tout, l'équipe ne les recontacte pas systématiquement et puis y'a des patients qui sont très demandeurs de suivi qui là eux arrivent à avoir un suivi. » [lignes 129-132]

10.1. Différence hôpital/libéral

Un médecin interviewé rapportait une différence de prise en charge et de suivi entre l'hôpital et le chirurgien libéral.

M8 : « Le centre de B est plutôt un chirurgien bariatrique installé en libéral tandis que le centre d'A fait partie d'un grand centre de nutrition où interviennent des médecins spécialistes nutritionnistes et les chirurgiens. J'ai, depuis 3-4 années, plutôt tendance à les orienter vers le Centre Hospitalier d'A. et moins vers le chirurgien libéral où la prise en charge n'est pas optimale, il n'est pas dans la globalité du patient. » [lignes 14-19]

Il indiquait qu'à l'hôpital :

- Les patients bénéficiaient d'une psychothérapie de groupe

M8 : « C'est l'une des raisons qui m'ont fait opter pour les orienter vers l'hôpital d'A. parce que y'a toujours, lorsqu'il y a un peu de découragement, une stimulation, une émulation entre les groupes pour continuer à faire le suivi, commencer à perdre du poids, etc ... Surtout c'est le travail de groupe comme en éducation thérapeutique pour le post infarctus travailler avec d'autres personnes qui ont la même pathologie que toi, c'est beaucoup plus valorisant, stimulant. C'est de la psychothérapie de groupe. » [lignes 41-43 et 146-148]

- Tous les intervenants se trouvaient au même endroit, facilitant la communication

M8 : « Tandis que si tu prends l'hôpital d'A. avec qui je travaille, là ils ont mis en place une structure où ils ont tous les intervenants. Ce qui est plus facile pour la prise en charge. Si y'a un problème dans une équipe pluridisciplinaire comme ils se connaissent tous, ça va plus vite » [lignes 130-145]

Alors qu'en libéral :

- Le chirurgien travaillait avec ses correspondants mais il n'y avait pas d'équipe dans une structure donnée.

M8 : « En libéral, tu n'as pas une équipe, le chirurgien bariatrique travaille avec ses correspondants. » [lignes 62-63]

- Le médecin rapportait qu'il orientait parfois ses patients vers une association en libéral pour le suivi.

M8 : « le chirurgien libéral avec qui je travaille, qui est un bon chirurgien habile de ses mains, on travaille avec une association loi 1901 qu'on appelle PREVART. Donc quand on a des problèmes d'obésité et que je veux travailler avec eux au niveau nutrition pour le parcours de l'obèse, c'est à eux que je téléphone mais les délais sont assez longs. » [lignes 112-116]

- Il n'y avait pas de réunion de groupes de patients.

M8 : « une fois que l'intervention est faite, tu n'as pas un suivi en groupe. » [ligne 65]

- Le suivi était moins durable dans le temps.

M8 : « En libéral, ils ne sont pas suivis à très long terme. Je pense qu'en libéral, c'est tout simplement lié au fait que les agendas sont pleins et que pour bien soigner les gens il faut du temps. » [lignes 209-210]

10.2. Différence hôpital/clinique

Quatre interviewés soulignaient que le suivi n'était pas fait de la même façon à la clinique qu'à l'hôpital, avec un suivi plus régulier et plus soutenu à l'hôpital.

M1 : « Souvent à la clinique, y'a pas vraiment de suivi. J'ai l'impression que la clinique, en fait, elle essaie de faire parce que, à mon avis, au niveau de l'ARS, ils ont des obligations mais c'est fait un peu à la va vite quoi. Y'en a eu beaucoup qui ont été laissés dans la nature. » [lignes 97-100]

11. Suivi en ville médico-centrée

Un interviewé regrettait que le suivi à long terme, en ville, soit trop médico centré. Il décrivait une rupture entre le suivi préopératoire et post-opératoire à court terme, réalisé par une équipe pluridisciplinaire avec des professionnels paramédicaux, des ateliers de groupe et le suivi post-opératoire à moyen et long terme effectué uniquement par le médecin généraliste.

M2 : « L'activité pour le suivi post chirurgie bariatrique est beaucoup trop médico-centré, en clair, c'est comme s'il me disait « tu sais j'ai été suivi par toute une équipe ça va des chirurgiens jusqu'à la psychologue, des diététiciens, j'ai fait des ateliers, je vois pas ce que toi, tout seul, tu vas pouvoir m'apporter. C'est ... la rupture, elle est là, c'est de redevenir tout seul face à quelqu'un qui a eu toute une équipe derrière.» [lignes 463-464 et 513-517]

VI. Amélioration du suivi

Sept interviewés admettaient une considérable amélioration du suivi ces dernières années.

M4 : « Juste, donc oui c'est certain que la prise en charge, elle s'est améliorée au fil du temps avec ... bon, peut-être dû au nombre de personnes opérées mais la prise en charge s'est nettement améliorée. Avant, y'avait vraiment aucun suivi, presque aucune prise en charge avant l'opération et encore moins après. » [lignes 236-239]

VII. Propositions d'axes d'amélioration

1. Coordination des soins hôpital-ville

Cinq interviewés trouvaient qu'une coordination des soins hôpital-ville, dès le début de la prise en charge, serait bénéfique.

M2 : « Faire en sorte que le patient qui est suivi par toute une équipe à l'hôpital ou la clinique, ça continue en ville. Le point de rupture c'est de passer d'une équipe à la consultation patient-médecin. Ce qu'il faudrait c'est – 6, ville-hôpital, à la fois des ateliers en ville et des ateliers à l'hôpital et après l'opération, en alternance, tous les 3 mois, une fois à l'hôpital et une fois en ville. [...] Pour moi, peut-être la solution ça serait qu'il y ait une équipe ville-hôpital qui soit coordonnée. » [lignes 391-413]

Un interviewé pensait qu'une consultation dédiée au suivi réalisée par le médecin généraliste permettrait d'améliorer le suivi.

M10 : « Pour la médecine générale ... Je vais me répéter un peu, c'est qu'on fasse partie aussi ... avoir peut-être justement une consultation dédiée à leur suivi post-chirurgie bariatrique. » [lignes 265-268]

2. Correspondance

2.1. **Courrier de non présentation**

Deux interviewés souhaitaient être tenus informés de la non présentation de leur patient aux consultations de suivi.

M9 : « on n'a pas de compte-rendu d'autre chose ou même de courrier disant « Monsieur a été convié à une consultation à laquelle il ne s'est pas rendu » parce que ça d'habitude on les a, bah là on en a pas. » [lignes 302-304]

2.2. **Courrier de relance**

Deux interviewés trouvaient intéressants d'avoir des courriers de relance à la fois pour le patient et le médecin traitant.

M3 : « je pense qu'à long terme, c'est-à-dire au-delà de 5 ans, il devrait y avoir un courrier de relance, il devrait y avoir quelque chose qui est fait comme un courrier de relance vis-à-vis des patients et puis vis-à-vis aussi des médecins traitants. » [lignes 115-123]

2.3. Reconvocation systématique

Deux médecins interviewés souhaitaient que les patients soient reconvoqués de manière systématique à leur consultation de suivi.

M11 : « Je me répète peut-être mais encore une fois un suivi systématique, c'est-à-dire le chirurgien qui revoit le patient de manière systématique, par exemple, à 3 mois, 6 mois, 1 an, 2 ans et aussi de manière systématique, une reconvocation pour les patients en diététique et probablement en psychologie. » [lignes 319-323]

3. Prise en charge pluri-professionnelle

3.1. Communication pluri-professionnelle

Cinq interviewés souhaitaient une meilleure communication pluri professionnelle.

M5 : « Il faut une communication pluridisciplinaire, ça je suis convaincu comme dans les autres domaines c'est pareil mais là, je pense qu'il faut une coordination d'information. » [lignes 390-392]

3.2. Réseau de soins pluri-professionnel en ville

Trois interviewés proposaient un réseau de soins pluri-professionnel en ville.

M2 : « Peut-être que ce serait plus fluide si on passait d'une équipe intramuros de l'hôpital à une équipe extramuros avec une coordination de soins mais avec le médecin tout seul ça n'a pas de sens. Le patient a besoin d'être suivi, il lui faut un coach, dans des équipes pluri-pro. » [lignes 228-230]

3.3. Suivi moins médico-centré

Ces trois interviewés trouvaient que le suivi devrait être moins médicalisé, moins médico-centré.

M4 : « C'est ce que je disais l'autre fois, avec vu par un coach, une nutritionniste parce que ça ne médicalise pas trop et ça permet peut-être un bon suivi, parce qu'ils ont peut-être pas envie d'être médicalisés toute leur vie. » [lignes 196-199]

4. Prise en charge du patient dans sa globalité

4.1. Suivi personnalisé

Deux interviewés souhaitaient que le suivi soit davantage personnalisé, adapté au patient.

M9 : « C'est pas la même chose une femme de 40 ans qui a une obésité sans diabète sans hypertension, sans poly morbidité et quelqu'un qui pèse 170 kilos, qui est dialysé, diabétique, insuffisant cardiaque, insuffisant rénal et, qui plus est, qui a du mal à comprendre, c'est pas du tout la même chose. Je pense qu'il y a une tranche de la population qui a besoin d'avoir un suivi au long cours beaucoup plus appuyé et beaucoup plus soutenu. » [lignes 260-265]

4.2. **Prise en charge de l'environnement, de l'entourage familial**

Deux interviewés trouvaient que l'entourage familial devrait être davantage inclus dans le parcours de santé pré et post-opératoire et que la prise en charge soit plus globale, incluant l'environnement et non exclusivement le patient.

M1 : « Je pense qu'il faut une dynamique familiale. Il faut que ça soit une prise en charge qui ne soit pas seulement centrée sur l'individu mais centrée aussi, parfois, sur la famille et sur l'environnement. Mais ça s'est compliqué. » [lignes 457-459]

5. Attitude des soignants

Deux interviewés pensaient que des soignants plus empathiques permettraient un meilleur suivi.

M1 : « Et puis peut-être aussi le regard des soignants, en étant un peu plus indulgent et en se rendant compte que c'est une bataille de tous les instants pour ces gens-là qui sont désespérés. » [lignes 327-329]

6. Recommandations pour suivi en ville

Six interviewés énonçaient qu'ils aimeraient avoir des recommandations précises sur le suivi à faire en ville : que faire, quand faire, avec qui.

- Sous forme de conclusion à la fin du courrier de sortie

M7 : « Je pense réellement que les courriers devraient vraiment intégrer l'ensemble des thérapeutiques qu'il faut poursuivre à vie, ceux qui pourraient être arrêtés ; qu'on nous donne vraiment un guideline. » [lignes 150-152]

- De grilles de recommandations adaptées au suivi en ville

M9 : « l'idéal serait d'avoir des grilles disant bah voilà, à tel mois, faut qu'il ait ses bilans, tous les combien, ses dosages tous les combien, ses consultations de suivi, comme un diabétique si vous voulez. » [lignes 145-147]

Un interviewé proposait d'avoir un site internet dédié au suivi post-chirurgie bariatrique.

M1 : « Alors je sais pas si y'a un site qui s'est créé, mais ce serait bien d'avoir un site, y'a pleins de sites en « clic » comme antibioclic, gestaclit. Et d'avoir un suivi adapté à chaque patient en fonction de ce qu'on rentre comme antécédents » [lignes 497-499]

Un interviewé proposait d'avoir un suivi plus protocolisé avec un calendrier de consultation établi dès la sortie d'hospitalisation, après l'intervention chirurgicale.

M11 : « Je pense, que voilà si le patient sortait avec un protocole bien précis : vous devez revoir le chirurgien à 3 mois, 6 mois, 2 ans, 3 ans et vous devez faire une prise de sang, tel mois, tel mois, tel mois et vous devez revoir une diététicienne tel mois, tel mois. Vraiment, ils devraient sortir avec un calendrier tout établi, pratiquement les rendez-vous pris. » [lignes 401-405]

Il proposait également que ce calendrier puisse être intégré au logiciel métier du médecin généraliste qui rappellerait en temps voulu qu'un bilan biologique doit être fait ou que le patient doit consulter tel ou tel professionnel de santé.

M11 : « Et nous, du coup, je pense que si on avait quelque chose de systématique comme ça, on le mettrait dans le logiciel métier et c'est pas compliqué de mettre une alerte : à 24 mois, il faut faire tel bilan, à 36 mois, il faut revoir le gastro pour une fibro. Voilà, il suffit de le programmer dans le logiciel métier et puis hop, après on ne l'oublie pas. » [lignes 407-411]

7. Formation

Deux interviewés proposaient de réaliser des formations pluri-professionnelles sur la chirurgie bariatrique et son suivi.

M5 : « peut-être les réunions d'informations, les réunions de formation continue, les ... comme c'est pluridisciplinaire, ça intéresse les médecins, les infirmiers, le kiné éventuel, ça peut intéresser pas mal de monde dans les formations pluri pro. Ça c'est un domaine de compétence pour pas mal de professionnels. » [lignes 420-425]

8. Prévention

Cinq interviewés insistaient sur le fait qu'il fallait agir en amont et faire davantage de prévention de l'obésité.

M9 : « Faut absolument travailler en amont, sur l'éducation. » [lignes 320-321]

En faisant notamment de la prévention sur les troubles du comportement alimentaire chez l'enfant.

M2 : « s'occuper d'enfants qui plus est si les parents ont eu une chirurgie bariatrique pour essayer, en amont, en prévention ultra primaire de donner cet état d'esprit sur le comportement alimentaire chez les enfants.» [lignes 254-256]

9. Organisation

9.1. **Intégrer le médecin généraliste dès le début de la prise en charge**

Quatre interviewés souhaitaient que le médecin généraliste soit plus intégré dans le suivi et dès le début de la prise en charge.

M10 : « Par exemple, si vous allez à l'hôpital tous les ans pourquoi pas, entre 2, allez voir, votre généraliste pour faire un peu le bilan, parler de vos troubles, des troubles digestifs, etc ... Voilà, peut-être qu'il faudrait insister sur le fait que le médecin généraliste est capable d'appréhender ces troubles. Je pense que c'est là-dessus qu'il faut insister. » [lignes 224-229]

9.2. Éducation thérapeutique de groupe

Deux interviewés suggéraient la réalisation d'éducation thérapeutique de groupe en pré et post-opératoire.

M2 : « pour qu'ils puissent assister à des ateliers. Comme le fait d'adresser un diabétique à des ateliers d'éducation thérapeutique. C'est pour ça que les ateliers ... si y'a des ateliers d'éducation thérapeutique post-chirurgie, ça sera même mieux que s'ils étaient pris en charge que par des soignants à l'hôpital parce qu'ils vont rester avec d'autres personnes avec qui ils vont pouvoir échanger. » [lignes 211-213 et 375-379]

Un médecin interviewé proposait la présence de « patient expert » durant ces ateliers de suivi.

M2 : « Et qu'ensuite, il y ait des patients experts qui passent du participant à l'orateur parce que les patients s'identifient beaucoup plus. » [lignes 429-430]

9.3. Fiche de suivi

Deux interviewés proposaient la réalisation d'un carnet de suivi afin que tous les intervenants aient les comptes rendus, les conclusions des autres professionnels de santé intervenant dans le suivi.

M11 : « Pourquoi pas une espèce de carnet de suivi comme les suivis de grossesse [...] qui pourrait être rempli par la diététicienne, la psychologue et pourquoi pas par le médecin généraliste où on pourrait y insérer les bilans biologiques qu'on a fait pour qu'ils soient consultables par l'hôpital et inversement ceux faits à l'hôpital consultables chez nous ; un vrai outil de suivi. » [lignes 330-343]

9.4. Professionnels de santé dédiés au suivi

Deux interviewés suggéraient que des professionnels de santé pourraient avoir un exercice dédié au suivi des patients après une chirurgie bariatrique, comme c'est déjà le cas pour d'autres pathologies chroniques.

- Avec des infirmières qui appelleraient régulièrement le patient afin de savoir comment se passe le suivi et qui expliqueraient aux patients, le cas échéant, l'intérêt de poursuivre le suivi.

M1 : « Et peut-être comme le système-là, Sofia, pour les diabétiques,, introduire ça dans le suivi c'est-à-dire qu'il y ait quelqu'un qui vous téléphone à 1 an « bonjour, comment ça va ? est-ce que vous avez des inquiétudes ? ». » [lignes 295-298]

- Avec des assistants médicaux/infirmières spécialisées dans le suivi de pathologie chronique (dont la chirurgie bariatrique) et qui travailleraient en collaboration avec le médecin traitant.

M7 : « j'espère qu'on aura des infirmières Azalée ou des assistants médicaux. Il faut qu'on puisse avoir un professionnel de santé à nos côtés pour pouvoir manager et gérer toutes ces problématiques de suivi que ce soit pour le patient obèse, pour les régimes diabétiques. Y'a une vraie carence dans leur suivi, moi j'en suis très conscient. » [lignes 98-104]

10. Suivi uniformisé en France

Sept interviewés souhaitaient que le suivi post-chirurgie bariatrique soit uniformisé sur tout le territoire.

M11 : « C'est dommage qu'il n'y ait pas une harmonie dans les Hauts-de-France ou même de manière nationale ; voilà comment on doit prendre en charge une chirurgie de l'obésité avant, pendant, après avec un suivi très carré quoi, finalement. Mais y'a probablement moyen de pourquoi pas utiliser les mêmes protocoles, utiliser la même manière de faire même si c'est des chirurgiens différents. » [lignes 376-378]

11. Prise en charge financière

11.1. Par la Sécurité Sociale

Trois interviewés évoquaient que le suivi pourrait être amélioré si les différentes consultations étaient prises en charge financièrement par la Sécurité Sociale.

M9 : « favoriser les prises en charge des diététiciens et des psychologues dans la suite, avec des financements par des conventions avec les caisses ou les mutuelles. » [lignes 253-254]

11.2. ALD

Un interviewé soulevait le fait que le suivi post-chirurgie bariatrique pourrait être reconnu comme une affection longue durée et être pris en charge à 100%.

M1 : « mettre à 100 % le suivi post chir bariatrique. » [ligne 516]

11.3. Rémunération au forfait

Un interviewé aimerait que le suivi post-chirurgie bariatrique soit rémunéré au forfait et non à l'acte en médecine de ville.

M2 : « mais je suis encore trop engluée par mon activité de tous les jours, par le paiement à l'acte. Je suis obligée de tout faire tout vite et donc euh ... pour se réunir pour parler d'un patient c'est compliqué. Faut espérer que par la suite, on aura plus de temps dédié à ça, qu'on nous laisse un peu tranquille avec les actes à n'en plus finir. »
[lignes 465-470]

11.4. Sport sur ordonnance

Trois interviewés proposaient que le sport soit prescrit sur ordonnance et pris en charge, afin qu'il soit plus largement pratiqué par les patients.

M1 : « Donc oui, peut-être le sport sur ordonnance pour ces gens-là. » [lignes 433]

Discussion

I. Méthodologie

1. Forces de l'étude

Le thème de la thèse est un sujet d'actualité qui fait partie des priorités du Ministère de la Santé. Madame Agnès Buzin, ancienne ministre de la Santé, a présenté, en Octobre 2019, une feuille de route 2019-2022 sur la prise en charge des personnes en situation d'obésité. Une des mesures phares de cette feuille de route intègre la chirurgie bariatrique et notamment l'information du patient en amont de la chirurgie ainsi que le suivi dans la durée des personnes opérées. (41)

La méthode qualitative était la méthode la plus adaptée car elle permet aux médecins, via des entretiens semi-dirigés, d'exprimer librement leur avis, leur ressenti, sans être restreint dans les sujets abordés. Des thèmes inattendus ont ainsi été abordés ; permettant la réalisation d'un travail riche en données.

La validité interne de l'étude a été renforcée par le codage ouvert, réalisé en double aveugle par 2 chercheurs suivi d'une triangulation de l'interprétation des données.

La grille COREQ a été utilisée pour la rédaction de cette étude (42). Cette grille composée de 32 items permet d'évaluer la qualité méthodologique des études qualitatives. La majorité des critères a pu être respectée, ceux non remplis sont évoqués dans la partie « limites de l'étude ». (Annexe 5)

2. Limites de l'étude

Notre étude étant qualitative, l'échantillon n'a pas pour but d'être représentatif de la population générale des médecins généralistes. Le recrutement des médecins interviewés a été réalisé pour qu'il reflète au mieux la diversité des médecins généralistes exerçant dans le Nord-Pas-de-Calais.

S'agissant de la première étude qualitative du chercheur et de ses premiers entretiens semi-dirigés, un biais de recueil des données existe. Ce manque d'expérience a parfois entraîné des difficultés à rebondir sur les propos du médecin interrogé et à trouver des relances possibles.

L'orientation subjective involontaire de l'enquêteur a pu entamer la neutralité nécessaire à la bonne réalisation des entretiens. Ces risques sont cependant inhérents à la méthode et ne peuvent pas être complètement écartés.

Concernant la grille COREQ, 2 items n'ont pas été remplis. Les retranscriptions d'entretien n'ont pas été retournées aux participants pour commentaire (item 23) afin d'éviter que les interviewés ne souhaitent retirer certains de leur propos, ce qui aurait appauvri les données. De même, ils n'ont pas exprimé de retour sur les résultats (item 28).

II. Analyse des résultats et comparaison à la littérature

1. Indications opératoires

Il a été identifié dans notre étude que lorsque l'indication opératoire n'est pas l'amélioration de l'état de santé mais l'esthétisme, le suivi n'est pas optimal.

Libeton et al (43) ont étudié les motivations des patients à choisir la chirurgie bariatrique. La santé représente le principal facteur de motivation avec 52%, suivie de l'apparence avec 32 %. Les patients ayant décidé de se faire opérer pour des raisons esthétiques étaient le plus souvent des femmes, jeunes, avec un IMC inférieur à ceux choisissant la chirurgie pour raison de santé. Les patients ayant voulu être opérés pour améliorer leur santé étaient le plus souvent des hommes, plus âgés avec des maladies chroniques. Le facteur de motivation n'a pas influencé la perte de poids post-opératoire.

On peut, cependant, se demander si le facteur de motivation n'influence pas l'assiduité au suivi sur le long terme.

Au vu de l'intérêt esthétique porté à la chirurgie, le patient doit avoir conscience des risques qu'elle entraîne. Il doit connaître les bénéfices attendus sur le plan de la santé et accepter que l'esthétisme ne soit pas l'objectif premier. Le patient doit avoir bien assimilé ces éléments et avoir intégré la nécessité d'un suivi à poursuivre à vie.

Ces informations doivent être communiquées au patient et répétées aussi souvent que nécessaire, par les différents professionnels de santé.

2. Non communication du projet au médecin traitant

La non communication du projet de chirurgie bariatrique au médecin traitant a été relevée comme impactant le suivi. Le médecin non intégré à ce projet n'est pas en capacité de coordonner le parcours du patient de manière efficiente.

L'étude de Rosemann et al de 2006 (44) rapporte que lorsque le parcours de chirurgie bariatrique est initié et coordonné par le médecin généraliste, l'accompagnement du patient est meilleur. Le patient, recevant une information initiale par le médecin généraliste sur la chirurgie bariatrique et son suivi, intègre mieux les éléments de ce parcours et s'y prépare davantage.

Il pourrait être proposé que le patient ne puisse intégrer le parcours de chirurgie bariatrique que lorsqu'il est adressé par son médecin traitant.

3. Médecins généralistes non favorables à la chirurgie

Certains médecins généralistes énonçaient ne pas être favorables à la chirurgie bariatrique, pouvant expliquer la non communication du projet de chirurgie du patient.

L'étude de Ferrante et al, réalisée en 2009 dans le New-Jersey, (45) montre que les généralistes recommandent peu la chirurgie bariatrique principalement par méconnaissance de la chirurgie et de ses conséquences.

Ce constat est retrouvé dans l'étude de Bouvier et al de 2016 (46) retrouvant que le médecin généraliste est peu souvent à l'origine du parcours de chirurgie bariatrique par manque de confiance dans le traitement chirurgical et de connaissances sur le sujet.

Une étude de 2013 (47) montre que seuls 16 % des médecins généralistes se feraient opérés s'ils étaient obèses ; rapportant une balance bénéfice risque défavorable avec un risque de complications important et un résultat médiocre.

L'étude de Kim et al, réalisée en 2015 en Australie, (48) soulève également que la réticence des médecins généralistes à adresser leur patient en chirurgie bariatrique résulte d'un manque de connaissances vis-à-vis de la chirurgie bariatrique mais aussi d'expériences personnelles négatives de patients ayant présentés des complications post-chirurgicales importantes ou un échec de la chirurgie.

Ces études sont bien sûr à nuancer. En effet, un médecin généraliste peut ne pas être favorable à une chirurgie bariatrique pour un patient donné. En tant que médecin de famille qui connaît depuis longtemps son patient, il est plus à même de savoir si le patient est observant et fera son suivi. Ceci peut expliquer sa réticence pour une chirurgie bariatrique chez un patient donné qu'il sait non observant.

4. Place du médecin généraliste

Un point de rupture majeur est l'absence de recommandations adaptées au médecin généraliste.

En effet, l'HAS (12) a établi des recommandations sur la prise en charge chirurgicale de l'obésité mais celles-ci n'intègrent pas le médecin généraliste.

L'Académie Nationale de Médecine (37) avait déjà souligné ce problème en 2017.

Elle recommandait alors que le médecin généraliste soit intégré à la prise en charge et ce bien avant l'intervention. Pour cela, elle souhaitait que la HAS révise ses recommandations afin d'intégrer de façon effective les généralistes.

La place donnée au médecin généraliste n'est pas claire. Or, le médecin généraliste est le pivot du parcours de santé. De par sa vision globale, sa proximité avec le patient et sa facilité d'accès, le médecin généraliste a une place centrale dans la prise en charge des patients. Il connaît son patient dans sa globalité, souvent depuis longtemps, son environnement, son entourage, ses éventuels problèmes socio-économiques, etc ... et semble être le professionnel de santé le plus à même de donner son avis sur une chirurgie dont il connaît les conséquences bio-médico-psychosociales.

Il paraît donc judicieux que le médecin généraliste soit mieux intégré au suivi, en étant impliqué dans le parcours de la chirurgie dès le début. Pour se faire, le médecin généraliste peut coordonner le bilan des comorbidités (cardiologique, pneumologique, ...) et transmettre les informations relatives au contexte psychologique du patient. Il paraît également important qu'il participe à la décision chirurgicale (durant la RCP par visioconférence, par exemple, ou en envoyant son avis sur la chirurgie pour le patient sous forme de courrier).

Il pourrait ensuite être le relai de l'hôpital en coordonnant les consultations de suivi et les examens paracliniques nécessaires, en ville. Ainsi, seuls les patients présentant des complications de la chirurgie seraient vus à l'hôpital, adressés par leur médecin généraliste.

5. Suivi non uniformisé

La non uniformisation du suivi post-opératoire, avec des délais et des types de suivi différents selon les lieux et les équipes, est également un frein important dans le suivi.

Dans le rapport de la HAS de 2009 (12), on constate que les recommandations sont bien détaillées pour la phase préopératoire mais beaucoup moins en post-opératoire. Par exemple, le suivi post-opératoire n'est pas adapté à chaque type de chirurgie, contrairement aux recommandations américaines (34). Il n'y a pas non plus de consensus international concernant la supplémentation vitaminique et les bilans biologiques à effectuer.

On remarquera que les recommandations de la HAS n'ont pas été actualisées depuis 2009 alors que la chirurgie bariatrique a subi un essor important en dix ans.

Les différences de suivi entre pays, l'absence de recommandations précises pour réaliser le suivi post-opératoire (notamment au niveau biologique et vitaminique) ainsi que l'absence d'actualisation récente des recommandations peuvent, en partie, expliquer la non uniformisation du suivi sur le territoire.

C'est pourquoi le plan obésité 2019-2022 (41) prévoit d'actualiser les recommandations afin qu'elles soient plus précises et adaptées à chaque type de chirurgie.

Cette absence de suivi uniformisé favorise les discours discordants entre les soignants, ne se référant pas aux mêmes recommandations. Ce qui, selon les médecins interviewés, diminue la confiance du patient dans la prise en charge et favorise l'arrêt du suivi.

Le parcours de santé de la chirurgie bariatrique nécessite d'être actualisé et uniformisé sur tout le territoire français en intégrant, par exemple, des critères de qualité nationaux sur le déroulement du parcours de santé.

6. Manque d'empathie des soignants

Il a été souligné par certains médecins que le manque d'empathie de certains soignants impacte le suivi.

Plusieurs études (47,49,50) évoque le manque d'empathie des soignants comme un frein dans la prise en charge des patients obèses. Étant parfois considérés comme des personnes sans motivation ni volonté et non compliantes aux soins, ces patients ne consultent pas ou arrêtent prématurément leur suivi.

Les soignants doivent veiller à rester bienveillants envers tout patient.

7. Difficultés de communication

Des difficultés de communication avec les professionnels hospitaliers (chirurgiens, nutritionnistes, psychologues) ont également été rapportées par les médecins interviewés. Certains soulignant ne pas avoir été avertis de la réalisation de la chirurgie bariatrique chez leur patient. D'autres regrettant de ne pas être informés des traitements prescrits, du suivi à effectuer (biologique, diététique, psychologique), de la durée du suivi. Ce manque de communication avec l'équipe hospitalière avait également été constaté par Rivet et al dans son étude de 2014. (51)

Les médecins souhaitaient avoir une synthèse en fin de courrier de sortie récapitulant le suivi à effectuer en ville ou une fiche synthétique de suivi ou éventuellement, des grilles de recommandations adaptées au suivi en ville. Il avait été proposé aux médecins de l'étude de Rivet de Al de 2014 (51) la création d'un carnet de suivi ou d'un guide de consultation. Les médecins étaient favorables à la mise en place de tels documents, certains préférant une version informatisée de ces documents.

Dans notre étude, un interviewé proposait d'avoir accès à un site internet dédié au suivi post chirurgie bariatrique. Un tel site, BARIACLIC, a été créé et évalué par Marachadou-Goutel J. en 2018, à Clermont-Ferrand. Ce site est un outil d'aide diagnostique et thérapeutique destiné aux professionnels de santé. Il présente 2 volets : une partie dédiée aux patients en demande de chirurgie bariatrique avec les critères d'éligibilité à la chirurgie et les informations générales concernant la chirurgie bariatrique et une autre partie dédiée au suivi des patients opérés avec plusieurs items permettant de connaître le suivi à réaliser, adapté à la chirurgie et au délai post-opératoire. Le site comporte également les coordonnées de professionnels intervenant dans le parcours de santé de la chirurgie bariatrique sur la région Auvergne ainsi que celles des centres spécialisés de l'obésité. BARIACLIC avait reçu un accueil favorable auprès des médecins généralistes de la région. (52)

La création d'un site national où le médecin généraliste rentrerait les données du patient (âge, données anthropométriques, type de chirurgie, délai post-opératoire) donnant accès à un tableau de suivi à réaliser pourrait être envisagé.

Ce site pourrait aussi intégrer les coordonnées, par région, de professionnels de santé participants au parcours de santé de la chirurgie bariatrique ainsi que les coordonnées des CSO afin que le médecin généraliste puisse adresser le patient en cas de problème dans le suivi.

Un carnet de suivi, consultable par chaque professionnel, pourrait être mis en place ; regroupant tous les examens paracliniques et les consultations effectuées durant le parcours. Le DMP, carnet de santé numérique, peut permettre de regrouper ces éléments. Son accès est facilité par la carte vitale.

Il pourrait également être réalisé une synthèse en fin de courrier de sortie récapitulant le suivi à effectuer en ville, afin de guider au mieux les généralistes. Cette synthèse pourrait prendre la forme d'un tableau récapitulatif avec les examens paracliniques et les consultations spécialisées à effectuer ainsi que leur fréquence en fonction du type de chirurgie et du délai post-opératoire.

8. Absence de courrier ou courrier trop synthétique

Les médecins interviewés regrettaient de ne pas recevoir les courriers des consultations de suivi. Quand les médecins recevaient les courriers, ils trouvaient que la synthèse pluridisciplinaire qu'ils recevaient de l'hôpital était trop synthétique et manquait d'informations, notamment le nom des professionnels de santé participants. Ils le comparaient avec le courrier reçu après une RCP oncologique qui était beaucoup plus complet.

On retrouve cette comparaison avec le parcours de soins en oncologie et notamment la RCP dans le livre blanc sur la chirurgie bariatrique (53). Les auteurs s'inspirent de ce qui est fait en oncologie pour proposer une adaptation du suivi post-chirurgie bariatrique surtout d'un point de vue coordination des soins et communication ville-hôpital.

En effet dans un courrier de RCP, on retrouve le nom, la profession des participants ainsi que leurs coordonnées afin de pouvoir les joindre et faciliter la communication dans l'intérêt du patient. (54)

L'HAS a établi une fiche descriptive de la qualité de la lettre de liaison à la sortie. (55) L'HAS rappelle que toute consultation ou hospitalisation doit donner lieu à un courrier adressé au médecin traitant sauf exceptions, ce courrier appelé juridiquement lettre de liaison est obligatoire. (56) La lettre de sortie doit comprendre plusieurs choses dont notamment le nom et les coordonnées du signataire de la lettre, la survenue de complications, le traitement médicamenteux et la planification des soins.

La rédaction de courriers après chaque consultation est un élément important pour que la coordination des soins puisse se faire au mieux entre la ville et l'hôpital. Les informations qu'ils comportent sont importantes et se doivent d'être exhaustives car c'est ce qui permet au médecin généraliste d'être informé et de poursuivre le suivi.

Il semble nécessaire que l'on retrouve, dans chaque courrier adressé au médecin traitant, le nom et les coordonnées des intervenants dans le suivi, les examens paracliniques et consultations effectués ainsi que leurs conclusions.

Le médecin généraliste doit pouvoir recevoir les comptes rendus de consultations diététiques et psychologiques afin de savoir où en est son patient dans ces domaines et l'accompagner au mieux. Il semble également important que le médecin généraliste puisse connaître le suivi à poursuivre en ville.

9. Absence de planification des soins

L'absence de convocation systématique aux rendez-vous nécessaires au suivi (chirurgien, nutritionniste, psychologue) semble être un frein au suivi.

Plusieurs études (37) citent comme référence le modèle des Pays-Bas, avec un faible pourcentage de perdus de vue durant le suivi. Dans ce pays, le suivi s'effectue grâce à un forfait comprenant un nombre de consultations prises en charge standardisées, incluant des consultations avec psychologues et diététiciens. Les patients sont convoqués systématiquement aux rendez-vous, avec une obligation de suivre les patients pour une durée minimale de 5 ans.

Le livre blanc de chirurgie bariatrique de 2016 (54) proposait la remise systématique au patient d'un planning incluant l'ensemble des consultations et examens à effectuer sur une période d'un an.

La réalisation d'un planning incluant tous les rendez-vous nécessaires au suivi, comme c'est déjà le cas aux Pays-Bas, pourrait permettre au patient et au médecin traitant de connaître précisément le suivi à effectuer. Il serait intéressant que ce planning soit établi sur une longue durée, supérieure à 1 an.

10. Informations non exhaustives

Le manque d'information sur certains aspects de la chirurgie a pu être identifié comme étant un point de rupture dans le suivi. Les médecins regrettaient que les patients ne soient pas suffisamment informés de la nécessité du suivi à vie. Ils évoquaient également un manque d'informations sur l'alimentation post opératoire et sur l'intérêt de la poursuite d'un suivi diététique et psychologique.

Le rapport de la HAS de 2009 (12) reprend les informations à donner au patient en préopératoire. Cependant, le rapport de 2017 sur les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de la chirurgie de l'obésité (57) indique que l'information au patient est manquante dans 3,4 % des dossiers analysés. Dans 15 % des dossiers, une information incomplète a été délivrée. Les éléments manquants concernent principalement l'information sur le suivi postopératoire et la nécessité de modifier son comportement alimentaire et son mode de vie.

La feuille de route 2019-2022 pour la prise en charge de l'obésité intègre la chirurgie bariatrique et insiste sur la nécessité de mieux informer les patients sur les complications et sur l'importance d'un suivi postopératoire à vie. (41)

L'information préopératoire est le premier abord qu'a le patient avec la chirurgie bariatrique. Elle se doit donc d'être exhaustive, adaptée, compréhensible et répétée si nécessaire afin que le patient puisse facilement l'intégrer.

Une fiche d'information pourrait être donnée au patient, en plus de l'information orale, afin qu'il puisse la relire chez lui et poser ses éventuelles questions aux différents professionnels de santé intervenant dans le parcours de soins.

Cette fiche comprendrait notamment les complications post opératoires possibles, le détail du suivi à poursuivre en insistant sur la nécessité d'un suivi à vie et les intervenants que le patient peut solliciter.

Une telle fiche appelée « carnet patient » a été proposée dans le livret blanc de la chirurgie bariatrique en 2016 (53) mais n'est pas utilisée par toutes les équipes de chirurgie bariatrique.

11. Absence d'implication de l'entourage familial

L'absence d'implication de l'entourage familial dans le parcours de santé de la chirurgie bariatrique est aussi préjudiciable pour le suivi.

Deux articles (58,59) montrent qu'il est important de connaître, lors de la préparation psychologique préopératoire, l'entourage du patient et leur position vis-à-vis de la chirurgie bariatrique afin d'identifier les ressources à disposition du patient.

L'étude de S. Degrange de 2015 (60) souligne que la famille représente le troisième pilier de la triade patient, famille, soignant mais qu'elle est trop souvent négligée dans la prise en charge.

Même si toutes les études ne montrent pas de lien direct entre le soutien de l'entourage familial et la perte de poids, il est retrouvé que le soutien familial impacte de façon positive la santé mentale des patients. (61–63)

Le soutien social dans la chirurgie bariatrique peut venir de diverses personnes : famille, amis, collègues de travail ou groupes de parole.

Le principal est que le patient soit soutenu dans sa prise en charge pré et post-opératoire comme le souligne cette étude qualitative de 2014 (64). En effet, la chirurgie entraîne un changement psychologique qui nécessite un accompagnement et un soutien important.

Il semble donc important d'inclure l'entourage du patient dès le début de la prise en charge. Le patient pourrait désigner une personne ressource qui l'accompagnerait à tous ses rendez-vous et réunions de groupe.

12. Manque d'observance

Les médecins interviewés constataient que l'inobservance du patient est un problème récurrent dans le suivi ; les patients arrêtant fréquemment leur suivi. Plusieurs raisons étaient évoquées par les médecins : l'absence de conscience de l'intérêt du suivi, les patients s'estimant guéris, les aléas de la vie (travail, déménagement).

Dans la littérature, on retrouve plusieurs facteurs associés à l'inobservance du suivi à long terme : sexe masculin, jeune âge, mauvais suivi réalisé la première année et faible perte de poids (38,39).

Dans l'étude de Vidal et al de 2014 (39), les patients évoquent comme causes d'inobservance au suivi : le travail, les relations familiales, un déménagement, une reprise de poids ou un oubli. Seuls 3% des patients évoquent l'absence de nécessité de suivi.

Ce constat appuie d'autant plus l'intérêt de pouvoir envoyer des convocations systématiques au patient, sous forme de courrier ou de SMS, lui permettant ainsi d'avoir un rappel du suivi à effectuer qui a pu être mis de côté pour de multiples raisons résultant souvent d'aléas de la vie.

La distance entre le domicile du patient et le lieu de consultation était également retrouvée comme un frein au suivi, dans notre étude.

Une étude française sur 744 patients (65) a mis en évidence qu'un suivi post chirurgie bariatrique effectué par internet était associé à une meilleure compliance des patients avec un taux de perdu de vue à 3 ans de 11%.

Il pourrait donc être intéressant de proposer un suivi alterné présentiel/téléconsultation qui permettrait de s'ajourner de ces difficultés rapportées par les patients.

13. Activité physique

L'absence de reconnaissance de l'activité physique comme traitement par les patients est un problème récurrent.

Or, il est bien acquis que la chirurgie seule ne permet pas d'améliorer l'état de santé des patients. Elle doit s'accompagner d'une modification des règles hygiéno-diététiques en incluant la pratique d'une activité physique régulière adaptée. (12)

L'étude de Morana et al (66) met en évidence une amélioration des indicateurs de qualité de vie et des mesures anthropométriques et fonctionnels lorsque les patients réalisent un programme de rééducation fonctionnelle de 20 séances après la chirurgie bariatrique.

Une revue de littérature basée sur 11 articles (67) montre également les effets bénéfiques de l'activité physique sur les comorbidités et les complications de l'obésité avec une perte de poids supérieure à celle qu'induit la chirurgie bariatrique seule.

Des programmes de rééducation physique existent déjà pour d'autres pathologies notamment cardiovasculaires. (68) Ces patients comme les patients ayant bénéficiés d'une chirurgie bariatrique présentent un déconditionnement à l'effort et l'amélioration de leur état de santé passe par la reprise d'une activité physique adaptée.

La réalisation de protocoles de rééducation physique propre aux patients ayant bénéficiés d'une chirurgie bariatrique pourrait être intéressante afin d'aider ces personnes à se reconditionner progressivement à l'effort. Un accompagnement par des professionnels semble nécessaire chez ces patients qui n'ont souvent pas pratiqué d'activité physique depuis plusieurs années. Le professeur en activité physique proposerait un programme personnalisé au patient et le motiverait. Des séances d'activité physique adaptée pourraient aussi être disponibles par vidéos, sur internet, pour permettre aux patients de poursuivre leur programme à domicile. Un site internet, www.objectifsportpourtous.com, a d'ailleurs été créé dans ce but au CHRU de Lille.

L'aspect financier est un problème régulièrement évoqué par les patients. Une prise en charge de ces protocoles de rééducation physique pourrait en faciliter l'accès.

14. Aspect financier

L'absence de prise en charge financière des consultations paramédicales (diététique, psychologue) en ville, des dosages biologiques et du traitement vitaminique est un souci majeur dans l'adhésion thérapeutique, pouvant être responsable d'un arrêt du suivi.

Deux études (69,70) remarquent que le coût financier non négligeable du suivi est un frein à l'observance du suivi surtout dans les populations défavorisées.

Dans l'étude de Fayemendy et al de 2015 (71), les médecins généralistes suggéraient que le remboursement de la consultation diététique permettrait d'améliorer la prise en charge de l'obésité.

Le rapport de l'Académie Nationale de Médecine (37) évoquait déjà, en 2017, comme solution le remboursement des dosages biologiques, des traitements de supplémentation et des consultations diététiques et psychologiques. Il s'appuie également sur le modèle des Pays-Bas afin de proposer la mise en place d'une prise en charge forfaitaire du suivi.

Certains médecins proposaient la mise en place d'une ALD pour les patients ayant bénéficiés d'une chirurgie bariatrique. Cette mesure a été proposée par l'Académie Nationale de Médecine en 2017 (37) ainsi que dans le rapport de l'IGAS de 2018 (9). Cependant, à ce jour, l'ALD post-chirurgie bariatrique n'existe pas.

L'aspect financier du suivi est un frein majeur. Une prise en charge forfaitaire du suivi pourrait être une solution à l'instar des Pays-Bas.

15. Ateliers d'éducation thérapeutique de groupe

Les médecins interviewés constatent que les ateliers de groupe présents en préopératoire ne sont pas poursuivis en post-opératoire. Ils suggéraient que les ateliers d'éducation thérapeutique de groupe se fassent sur tout le parcours.

En effet, il est reconnu que l'apprentissage en groupe permet un échange d'expériences et une certaine émulation des patients, entre eux, à continuer leur suivi. Une publication de 2008 (72) a comparé l'éducation thérapeutique réalisée en groupe à celle effectuée en individuelle. Elle a mis en évidence la complémentarité de ces 2 types d'interventions ; soulignant les avantages de l'éducation en groupe : l'échanges d'expériences, la confrontation de points de vue, la convivialité, la rupture d'isolement, le soutien ainsi que la stimulation des apprentissages.

En plus, des avantages énoncés ci-dessus, il est également retrouvé que les patients ayant participé à des groupes de soutien post-opératoire perdent plus de poids que ceux n'y ayant pas participé. La perte de poids est d'autant plus importante que le nombre de séances effectuées est élevé. (73,74)

Il semble donc intéressant de pouvoir proposer des ateliers thérapeutiques de groupes en préopératoire mais aussi en post-opératoire afin de faire perdurer l'échange entre patients et la stimulation que cela entraîne.

16. Démédicaliser le suivi

Les médecins interviewés rapportent que le suivi est trop médicalisé. En effet, ils ont pu constater que leurs patients ne souhaitent pas être médicalisés toute leur vie.

Il est souvent plus facile d'accepter des conseils provenant de pairs partageant le même problème de santé que de soignants. Le groupe est un lieu de soutien basé sur la maladie chronique commune. Il permet de rompre l'isolement en se rendant compte que d'autres partagent les mêmes doutes. Les apprentissages sont ainsi favorisés grâce aux expériences et aux conseils de chacun. (72)

Le livre blanc de chirurgie bariatrique (53) relevait que les patients opérés préféraient bénéficier d'un suivi en-dehors de toute structure médicale. Il proposait qu'une partie du suivi puisse être assurée par des associations de patients avec des groupes de parole, une permanence au sein d'une association, des forums ...

Ce suivi en alternance avec un suivi médical est intéressant. Les patients étant parfois réfractaires à consulter des professionnels de santé, ces réunions animées par des patients experts permettraient la poursuite du suivi.

17. Suivi personnalisé

Il faut également souligner que la personnalité du patient impacte le suivi, suggérant que le suivi puisse être personnalisé, adapté au patient. Dans la littérature, on constate qu'il existe des profils de patients plus ou moins observant au suivi. L'étude de 2017 sur les programmes d'éducation thérapeutique (75) montre que les facteurs psychosociaux jouent un rôle non négligeable dans la participation à ces programmes.

C'est là aussi tout le rôle du médecin généraliste. Il connaît son patient et ses aspects bio-psycho-sociaux. Il peut donc adopter une approche centrée patient et personnaliser le suivi.

Il semble donc important d'identifier les facteurs de risque de rupture dans le suivi et de pouvoir adapter le suivi à la personnalité de chaque patient, en concertation avec le médecin généraliste.

III. Préconisations

De ces résultats et après analyse de la littérature, plusieurs préconisations peuvent être proposées :

- Médecin généraliste :

- Orientation dans le parcours de chirurgie bariatrique initiée par le médecin généraliste afin que celui-ci soit intégré dès le début du parcours
- Intégrer le médecin généraliste à la décision chirurgicale durant la RCP
- Renforcer la formation initiale et continue des médecins généralistes
- Création d'un site national permettant au médecin généraliste de trouver rapidement le suivi à effectuer selon le type de chirurgie et le délai post-opératoire

-Informations :

- Informer les patients de façon claire et adaptée sur la chirurgie, ses risques et ses conséquences, la nécessité d'une modification des règles hygiéno-diététiques et d'un suivi à vie
- Impliquer chaque professionnel de santé dans la délivrance de l'information
- Insister sur la nécessité d'un suivi même en cas d'absence de symptômes ou de reprise de poids et des conséquences d'un arrêt de suivi
- Remettre au patient et à son médecin généraliste un document résumant les informations à intégrer avant l'opération
- Informer davantage le patient sur le rôle du médecin généraliste dans le suivi

-Recommandations :

- Uniformiser le parcours de la chirurgie bariatrique sur tout le territoire
- Actualiser les recommandations de la HAS en établissant de nouvelles recommandations précises et adaptées à chaque type de chirurgie

-Organisation :

- Intégrer un suivi des patients en-dehors de toute structure médicale via des associations de patients, des groupes de parole animés par des patients experts, une permanence au sein d'une association, ...
- Réalisation d'ateliers d'éducation thérapeutique de groupe durant tout le parcours
- Planifier les rendez-vous de suivi dès la sortie d'hospitalisation

- Envoyer des reconvoctions systématiques afin de rappeler au patient son rendez-vous (sous forme de SMS ou de courrier)
- Utiliser la télémédecine (téléconsultation)
- Former des infirmières spécialisées dédiées au suivi de pathologie chronique (dont la chirurgie bariatrique)

-Patient :

- Adopter un suivi personnalisé à chaque patient en fonction de ses besoins et de ses demandes
- Responsabiliser le patient et le rendre acteur de sa santé
- Prendre en charge l'environnement du patient en impliquant son entourage dans le parcours : invitation de l'entourage aux réunions d'information et aux consultations

-Améliorer la communication entre professionnels de santé et la coordination des soins ville-hôpital :

- Envoyer les courriers de consultations des différents professionnels de santé (psychologue, diététicien, chirurgien, ...) au médecin généraliste
- Informer le médecin traitant de la non présentation du patient aux consultations
- Redéfinir le rôle de chaque professionnel de santé

- Donner aux médecins généralistes des recommandations de suivi claires et concises sous forme de synthèse à la fin du courrier de sortie, de guide ou via un site internet dédié, par exemple
- Utiliser le DMP comme carnet de suivi afin de partager les informations relatives au suivi (examens paracliniques, consultations) entre les différents professionnels de santé

-Aspect financier :

- Prise en charge des dosages biologiques, des vitamines, des consultations (psychologue, nutritionniste) en ville, sous forme de forfait
- Intégrer au suivi un programme de rééducation physique pris en charge
- Reconnaissance des patients ayant bénéficiés d'une chirurgie bariatrique en ALD

-Renforcer les actions de prévention de l'obésité dès l'enfance

-Sensibiliser les soignants à l'obésité afin qu'ils puissent être davantage bienveillants et empathiques

Conclusion

La chirurgie bariatrique représente une prise en charge de l'obésité efficace qui nécessite un suivi à vie. L'absence de suivi peut avoir des conséquences bio-médico-psycho-sociales importantes. Or, les dernières études montrent que le suivi n'est pas optimal. Plus qu'on s'éloigne de la chirurgie, plus le suivi fait défaut.

Cette étude a permis de recueillir le vécu des médecins généralistes lors du parcours de santé de la chirurgie bariatrique. Plusieurs points de ruptures en sont ressortis.

Le manque de communication entre les professionnels de santé ainsi que le manque de coordination des soins ville-hôpital sont des freins importants dans le parcours de la chirurgie bariatrique dont la prise en charge est pluri professionnelle.

D'autre part, la non intégration du médecin généraliste dans ce parcours favorise l'arrêt du suivi des patients.

L'absence d'uniformisation du parcours au niveau national et le manque de recommandations précises sur le suivi à effectuer sont d'autant de points de rupture qu'il convient d'amender afin de permettre un meilleur suivi.

L'aspect financier semble également être un problème important dans le suivi avec des consultations et des examens essentiels au suivi non pris en charge.

Cette étude a permis de dégager plusieurs préconisations qu'il convient d'étudier plus en détail, afin d'évaluer leur faisabilité.

Bibliographie

1. OMS. Principaux repères sur l'obésité et le surpoids [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Netgen. IMC : grandeur et décadence annoncée [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2009. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-213/IMC-grandeur-et-decadence-annoncee>
3. HAS. Recommandations de bonne pratique, Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. 2011.
4. Certification V2014 – Parcours du patient en V2014 [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2015. Disponible sur: https://has-sante.fr/jcms/pprd_2974541/en/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014
5. Legifrance. 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 | Legifrance [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000026418434&dateTexte=20190716>
6. Marques A, Peralta M, Naia A, Loureiro N, de Matos MG. Prevalence of adult overweight and obesity in 20 European countries, 2014. Eur J Public Health. 01 2018;28(2):295-300.
7. Rachmi CN, Li M, Alison Baur L. Overweight and obesity in Indonesia: prevalence and risk factors-a literature review. Public Health. juin 2017;147:20-9.
8. Ahluwalia N, Dalmaso P, Rasmussen M, Lipsky L, Currie C, Haug E, et al. Trends in overweight prevalence among 11-, 13- and 15-year-olds in 25 countries in Europe, Canada and USA from 2002 to 2010. Eur J Public Health. avr 2015;25 Suppl 2:28-32.
9. Emmanuelli DJ, Maymil V, Naves P. Situation de la chirurgie de l'obésité- Annexes, Tome II [Internet]. Inspection générale des Affaires sociales [Internet]. 2018. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-059R_Tome_II_.pdf
10. Inserm TNS healthcare. ObEpi-Roche 2012 : Enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et le surpoids. 2012.

11. Trésor-Eco. Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? sept 2019;(179). Disponible sur: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/90846524-d27e-4d18-a4fe-e871c146beba/files/1f8ca101-0cdb-4ccb-95ec-0a01434e1f34>
12. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2009. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_765529/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte
13. Schlienger J-. 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.
14. Sjöström L. Bariatric surgery and reduction in morbidity and mortality: experiences from the SOS study. Int J Obes (Lond). déc 2008;32 Suppl 7:S93-97.
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. mars 2013;273(3):219-34.
16. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrback K, et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 13 oct 2004;292(14):1724-37.
17. Emmanuelli DJ, Maymil V, Naves P. Situation de la chirurgie de l'obésité- Rapport, Tome I. Inspection générale des Affaires sociales [Internet]. 2018. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-059R_Tome_I_.pdf
18. 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 Pt 2):544-57.
19. Chirurgie de l'obésité : risques et gestion des complications [Internet]. FMC-HGE. 2016. Disponible sur: https://www.fmcgastro.org/textes-postus/no-postu_year/chirurgie-de-lobesite-risques-et-gestion-des-complications/
20. ICAN institute. Préconisations de bonnes pratiques, Chirurgie bariatrique [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.ican-institute.org/wp-content/uploads/2018/02/Chirurgie-Bariatrique_bonnes_pratiques_Argumentaire_Dec_2017.pdf

21. Brigitte Uebelhart. Conséquences osseuses de la chirurgie bariatrique [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2013. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-390/Consequences-osseuses-de-la-chirurgie-bariatrique>
22. Sánchez-Hernández J, Ybarra J, Gich I, De Leiva A, Rius X, Rodríguez-Espinosa J, et al. Effects of bariatric surgery on vitamin D status and secondary hyperparathyroidism: a prospective study. *Obes Surg.* déc 2005;15(10):1389-95.
23. Troubles fonctionnels après chirurgie bariatrique [Internet]. FMC-HGE. 2010. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2010-paris/troubles-fonctionnels-apres-chirurgie-bariatrique-2/>
24. Véronique Di Vetta, Aline Heller, François Pralong, Lucie Favre. Prise en charge pluridisciplinaire des syndromes de dumping après chirurgie bariatrique [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2017. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-555/Prise-en-charge-pluridisciplinaire-des-syndromes-de-dumping-apres-chirurgie-bariatrique>
25. Fédération de chirurgie viscérale et digestive, Gugenheim. Synthèse et recommandations, Gestions des risques associées à la chirurgie de l'obésité [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://www.fcvd.fr/wp-content/uploads/2018/03/FCVD-JN-2017-Synthèse-et-recommandations-Chirurgie-de-l-obésité.pdf>
26. Montagnac R, Schendel A, Vuiblet V, Peilleron B, Piot O. Chirurgie bariatrique, lithiase oxalo-calcique et insuffisance rénale par néphropathie oxalique. *Néphrologie & Thérapeutique.* 1 févr 2011;7(1):38-45.
27. Guido Bondolfi, Christel Alberque, Foteini Lympelopoulou, Moira Rodriguez. Chirurgie bariatrique : enjeux psychiatriques avant et après l'intervention [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2017. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-549/Chirurgie-bariatrique-enjeux-psychiatriques-avant-et-apres-l-intervention>
28. Driscoll S, Gregory DM, Fardy JM, Twells LK. Long-term health-related quality of life in bariatric surgery patients: A systematic review and meta-analysis. *Obesity (Silver Spring).* janv 2016;24(1):60-70.
29. Lindekilde N, Gladstone BP, Lübeck M, Nielsen J, Clausen L, Vach W, et al. The impact of bariatric surgery on quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* août 2015;16(8):639-51.
30. NADALINI L, ZENTI MG, MASOTTO L, INDELICATO L, FAINELLI G, BONORA F, et al. Improved Quality of Life after bariatric surgery in morbidly obese patients. Interdisciplinary group of bariatric surgery of Verona (G.I.C.O.V.). *G Chir.* 1 sept 2014;35(7-8):161-4.

31. Peterhänsel C, Petroff D, Klinitzke G, Kersting A, Wagner B. Risk of completed suicide after bariatric surgery: a systematic review. *Obes Rev.* mai 2013;14(5):369-82.
32. Chiara Ferrario, François P. Pralong, Jean-Bernard Daepfen, Lucie Favre. Chirurgie bariatrique et risque accru de dépendance à l'alcool [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* 2016. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-511/Chirurgie-bariatrique-et-risque-accru-de-dependance-a-l-alcool>
33. 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(6):597-632.
34. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, 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. *Obesity (Silver Spring).* mars 2013;21(0 1):S1-27.
35. Lalmohamed A, de Vries F, Bazelier MT, Cooper A, van Staa T-P, Cooper C, et al. Risk of fracture after bariatric surgery in the United Kingdom: population based, retrospective cohort study. *BMJ.* 3 août 2012;345:e5085.
36. Puzziferri N, Roshek TB, Mayo HG, Gallagher R, Belle SH, Livingston EH. Long-term follow-up after bariatric surgery: a systematic review. *JAMA.* 3 sept 2014;312(9):934-42.
37. Jaffiol C, Bringer J, Laplace J-P, Buffet C, Attali C, Bringer J, et al. Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.* sept 2017;201(7-9):973-82.
38. 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 (British Journal of Surgery).* 2017;104(10):1362-71.
39. 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.
40. Paul Frappé. *Initiation à la recherche.* 2011.
41. Ministère des solidarités et de la santé. *Feuille de route : Prise en charge des personnes en situations d'obésité.* 8 oct 2019; Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/4pages-dp-obesite-08-10-2019-vf.pdf>

42. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 1 déc 2007;19(6):349-57.
43. 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.
44. Rosemann T, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. *BMC Health Serv Res*. 19 janv 2006;6:5.
45. Ferrante JM, Piasecki AK, Ohman-Strickland PA, Crabtree BF. Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. *Obesity (Silver Spring)*. sept 2009;17(9):1710-6.
46. 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.
47. 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).
48. Kim KK, Yeong L-L, Caterson ID, Harris MF. Analysis of factors influencing general practitioners' decision to refer obese patients in Australia: a qualitative study. *BMC Fam Pract [Internet]*. 8 avr 2015 ;16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4396120/>
49. Da Silva Pires E, Jacobi D, Couet C. Médecins généralistes et chirurgie bariatrique : une enquête qualitative. *Obes*. 1 déc 2012;7(4):240-9.
50. Larocque C, Savard R, Lecomte C. Alliance thérapeutique et abandon des traitements de l'obésité. *Obes*. 1 sept 2012;7(3):191-8.
51. 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. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 1 déc 2014;28:S143.
52. Marchadou-Goutel J. Création et évaluation d'un nouvel outil numérique au service du médecin généraliste pour la chirurgie de l'obésité : BARIACLIC. 18 déc 2018;95.
53. livre blanc améliorer suivi post-opératoire chirurgie bariatrique [Internet]. *Sante et nutrition*. 2016. Disponible sur: <http://www.sante-et-nutrition.com/livre-blanc-ameliorer-le-suivi-en-chirurgie-bariatrique/>

54. IQSS 2018 - RCP MCO : tout pour le recueil de la campagne 2018 [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_953580/fr/iqss-2018-rcp-mco-tout-pour-le-recueil-de-la-campagne-2018
55. HAS. Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/fiche_descriptive_qds_mco_9.12.2015.pdf
56. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. 2016-995 juill 20, 2016.
57. Sandrine Morin, Agnès Solomiac, Laetitia May-Michelangeli. 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 [Internet]. HAS; 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/rapport_obesite_2017.pdf
58. Giusti V, Radonic I, Savioz V. Implications psychologiques de la chirurgie bariatrique. Médecine Mal Métaboliques. 1 oct 2008;2(5):489-95.
59. Netgen. Préparation psychologique à un bypass gastrique [Internet]. Revue Médicale Suisse. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-334/Preparation-psychologique-a-un-bypass-gastrique>
60. 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.
61. Shiri S, Gurevich T, Feintuch U, Beglaibter N. Positive psychological impact of bariatric surgery. Obes Surg. mai 2007;17(5):663-8.
62. Lanyon RI, Maxwell BM. Predictors of outcome after gastric bypass surgery. Obes Surg. mars 2007;17(3):321-8.
63. 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.
64. Geraci A, Brunt A, Marihart C. Social Support Systems: A Qualitative Analysis of Female Bariatric Patients After the First Two Years Postoperative. Bariatric Surgical Practice and Patient Care. 1 juin 2014;9:66-71.

65. Lechaux D, Bouygues V, Ghaina A. E. 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.
66. Morana C, Buret-Collignon M, Nocca D. Protocole de rééducation fonctionnelle après chirurgie bariatrique. *Kinésithérapie Rev*. 1 avr 2017;17(184):62-3.
67. V. Filou, M. Richou, F. Bughin, C. Fédou, E. de Mauverger, J. Mercier, J.-F. Brun. Complémentarité de la chirurgie bariatrique et de l'activité physique. *Sci Sports*. 1 avr 2018;33(2):65-72.
68. C. Monpere. Quel programme de réadaptation pour quel patient ?. *Revue Générale. Réadaptation cardiaque. Cahier 1*. sept 2011;(279):43-7.
69. 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.
70. Bellows CF, Gauthier JM, Webber LS. Bariatric Aftercare and Outcomes in the Medicaid Population Following Sleeve Gastrectomy. *JSLs [Internet]*. 2014 ;18(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4254484/>
71. 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.
72. Mosnier-Pudar H, Hochberg-Parer G. Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? *Médecine des Maladies Métaboliques*. sept 2008;2(4):425-31.
73. Orth WS, Madan AK, Taddeucci RJ, Coday M, Tichansky DS. Support group meeting attendance is associated with better weight loss. *Obes Surg*. avr 2008;18(4):391-4.
74. Hildebrandt SE. Effects of participation in bariatric support group after Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg*. oct 1998;8(5):535-42.
75. Croiset A, Ritz P, Afzali M, Rogé B, Sordes F. Les déterminants psychosociaux de participation à l'ETP en amont d'une chirurgie bariatrique. *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*. 1 déc 2017;9:20204.
76. Rutledge R. The mini-gastric bypass: experience with the first 1,274 cases. *Obes Surg*. juin 2001;11(3):276-80.
77. De Luca M, Tie T, Ooi G, Higa K, Himpens J, Carbajo M-A, et al. Mini Gastric Bypass-One Anastomosis Gastric Bypass (MGB-OAGB)-IFSO Position Statement. *Obes Surg*. 2018;28(5):1188-206.

78. Robert M, Pelascini E, Pasquer A. Techniques des courts-circuits (bypass) gastriques pour obésité. *Encycl Méd Chir Techniques chirurgicales Appareil digestif*. 2018;40-390.

79. Traitement chirurgical de l'obésité sévère et massive par court-circuit (bypass) gastrojéjunal avec anse en oméga [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2912309/fr/traitement-chirurgical-de-l-obesite-severe-et-massive-par-court-circuit-bypass-gastrojejunale-avec-anse-en-omega

80. Traitement chirurgical de l'obésité sévère et massive par court-circuit (bypass) gastrojéjunal avec anse en oméga [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2912309/fr/traitement-chirurgical-de-l-obesite-severe-et-massive-par-court-circuit-bypass-gastrojejunale-avec-anse-en-omega

Annexes

Annexe 1 : Les différentes techniques de chirurgie bariatrique (12)

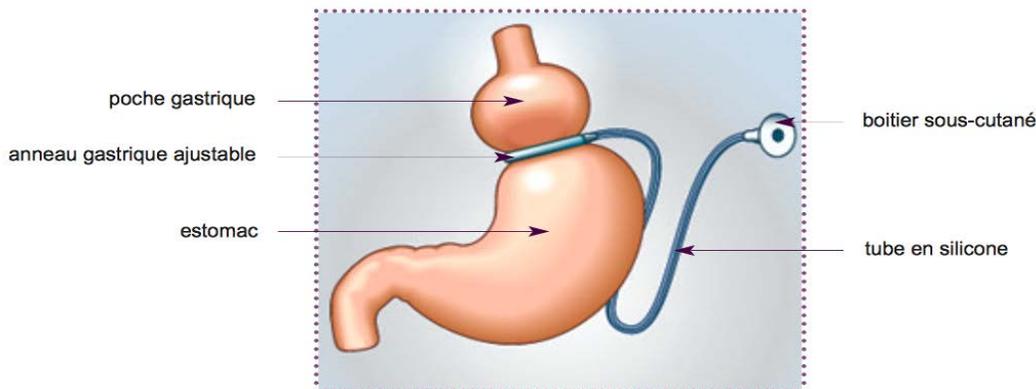
1) Anneau gastrique ajustable (12)

Cette intervention consiste à entourer la partie supérieure de l'estomac avec un anneau dont le diamètre est ajustable de manière à délimiter une petite poche gastrique.

C'est une technique restrictive ; elle permet de diminuer le volume de l'estomac, de ralentir le passage des aliments et d'accélérer la sensation de satiété.

C'est la seule technique ajustable et réversible de chirurgie bariatrique. L'anneau est relié par un tube en silicone à un boîtier sous cutanée, dans lequel l'injection de liquide à travers la peau permet de serrer ou desserrer l'anneau. Il peut être retiré à tout moment en cas d'inefficacité ou de complications.

Technique de l'anneau gastrique ajustable



L'HAS, dans son rapport de 2009, estime la perte de poids à 40 à 60% de l'excès de poids, soit une perte de poids d'environ 20 à 30 kg pour une personne mesurant 170 cm, grâce à cette technique. Cependant, en cas de retrait de l'anneau, on constate une reprise de poids.

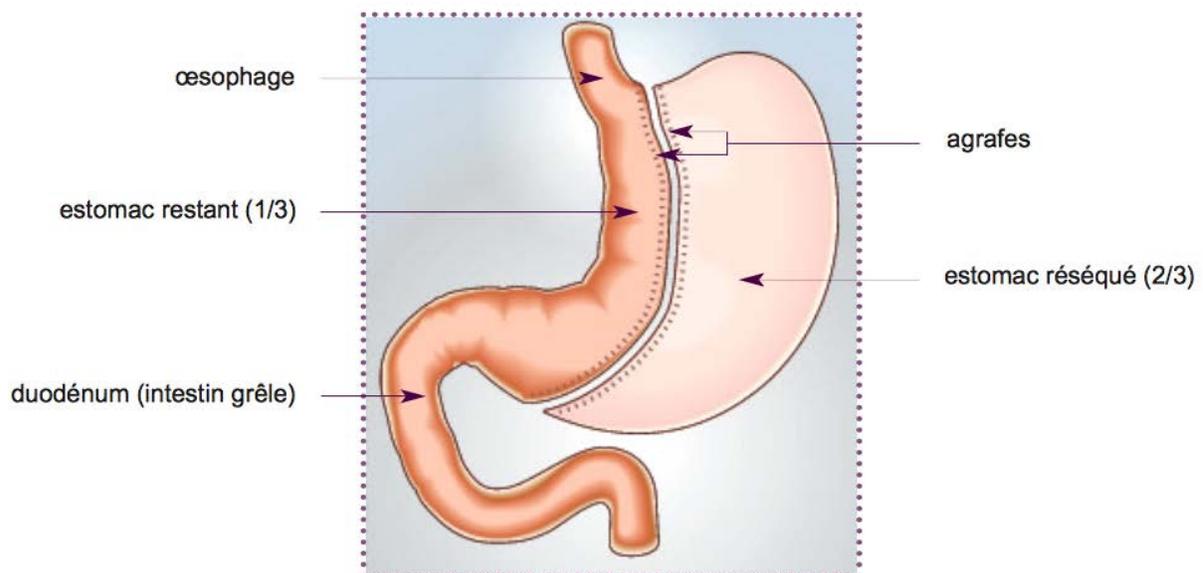
2) Sleeve gastrectomie (12)

La sleeve gastrectomie (également appelée gastrectomie longitudinale ou gastrectomie en manchon) est une technique restrictive qui consiste à retirer les 2/3 de l'estomac et, notamment, la partie contenant les cellules sécrétant l'hormone de l'appétit, la ghréline.

L'estomac est réduit à un tube vertical et les aliments passent rapidement dans l'intestin.

La digestion des aliments n'est pas perturbée mais l'appétit fortement diminué.

Technique de la gastrectomie longitudinale



Cette intervention est, parfois, la première étape avant la réalisation d'une dérivation biliopancréatique.

Le patient peut prétendre à une perte de 45 à 65 % de l'excès de poids après deux ans, soit environ 25 à 35 kg, selon le rapport de l'HAS de 2009.

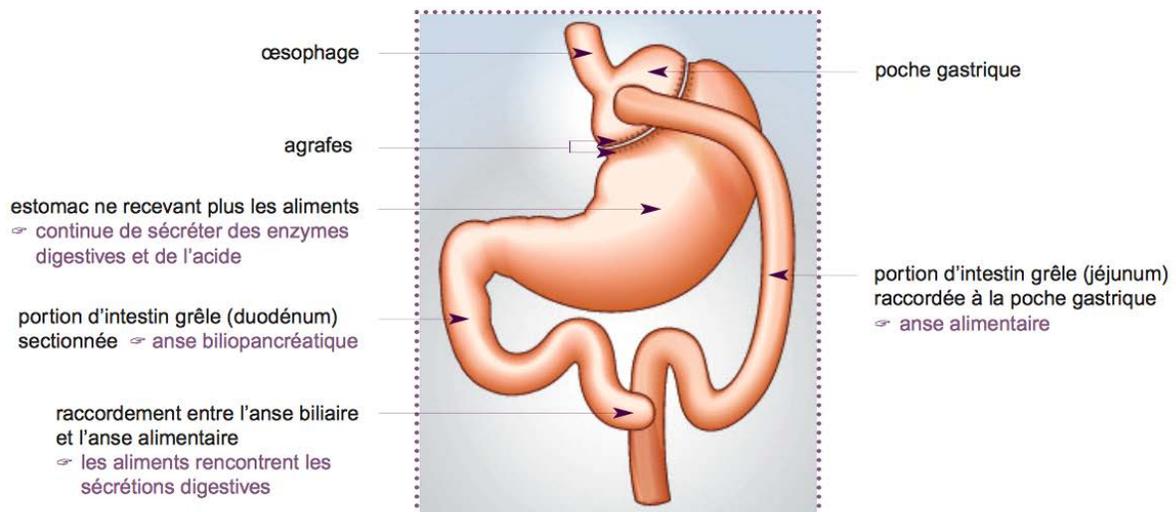
3) By-pass de Roux en Y (12)

Le By pass ou court-circuit gastrique en Y est une technique dite mixte avec une composante restrictive et malabsorptive.

La taille de l'estomac est réduite à une petite poche permettant de diminuer la quantité d'aliments ingérés. Cette poche gastrique est ensuite directement reliée à l'intestin grêle créant ainsi un court-circuit diminuant l'assimilation des aliments par l'organisme.

Aucun organe n'est retiré. La partie de l'estomac ne recevant plus d'aliments, continue de sécréter les enzymes digestives et l'acide gastrique, qui s'écoulent dans la portion sectionnée de l'intestin grêle (le duodénum), elle-même raccordée, au jéjunum. Les aliments sont donc toujours en contact avec les sécrétions digestives.

Technique du By-pass de Roux en Y



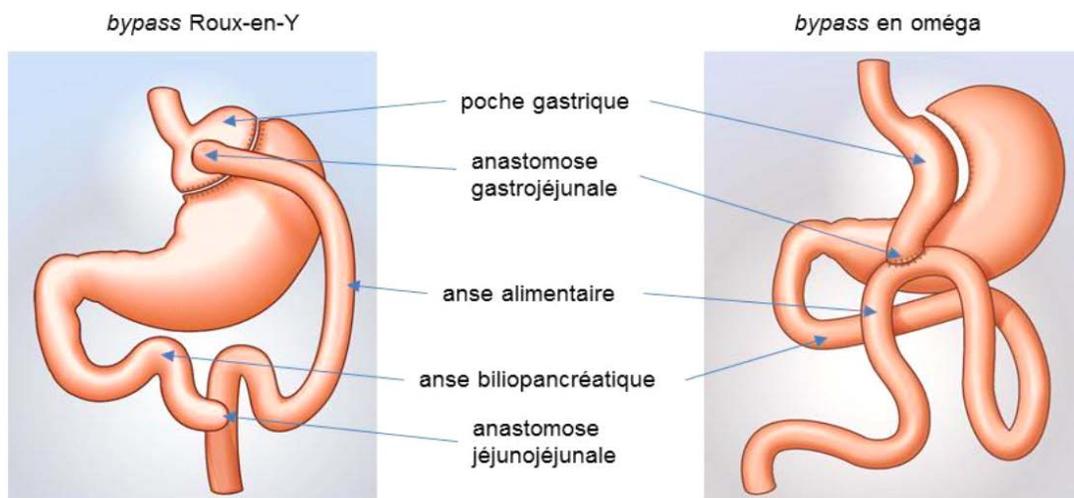
Après 20 ans de recul, l'HAS estime la perte de poids attendue de l'ordre de 70 à 75 % de l'excès de poids, soit d'environ 35 à 40 kg.

4) Quand est-il du bypass gastrique avec anse en oméga ?

Le by pass avec anse en oméga, également connu sous mini-bypass ou single anastomosis gastric bypass, a été décrit en 2001 par Rutledge. (76)

La technique diffère de la technique du by pass en Y par la confection d'une poche gastrique longue et étroite, la réalisation d'une anse biliopancréatique plus longue et par la réalisation d'une seule anastomose : anastomose gastrojéjunale. (77) (78) (79)

2 Techniques de By-pass (79)



Cependant, l'HAS estime, dans son rapport de septembre 2019 (80), que le bypass gastrique en oméga ne constitue pas une technique validée dans le traitement chirurgical de l'obésité car il n'a pas affirmé sa non-infériorité par rapport au by pass gastrique en Y sur les critères d'efficacité et de sécurité.

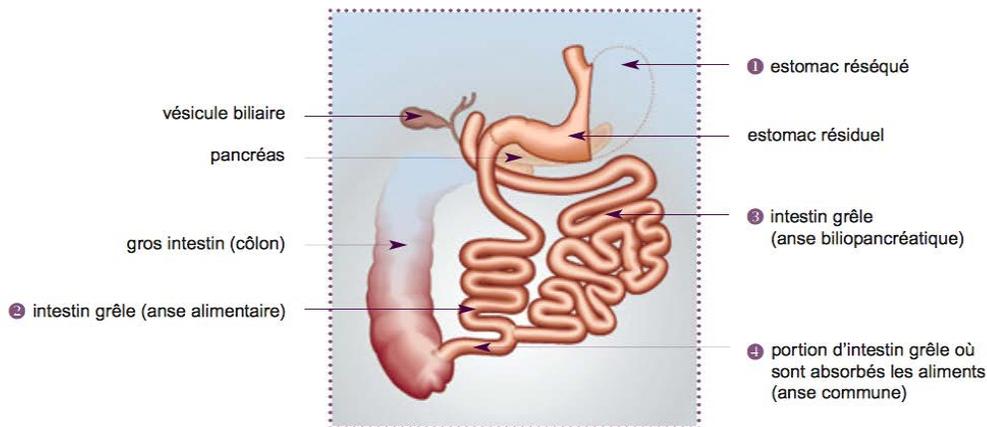
Le by pass gastrique en oméga n'est donc pas une alternative validée au bypass gastrique en Y même si elle est parfois pratiquée.

5) Dérivation biliopancréatique (12)

La dérivation biliopancréatique est également une technique dite mixte avec une composante restrictive et malabsorptive permettant de limiter la quantité d'aliments ingérés et l'assimilation des aliments par l'intestin.

La taille de l'estomac est réduite et l'intestin grêle est divisé en 2 parties. L'estomac est raccordé à la partie de l'intestin grêle servant à véhiculer les aliments jusqu'au gros intestin. L'autre partie de l'intestin grêle qui sert à transporter les sécrétions digestives du foie et du pancréas, est raccordée à la fin de l'intestin grêle. Ainsi, les aliments sont digérés par les sucs digestifs et ne sont assimilés que sur une courte portion de l'intestin grêle. L'essentiel des aliments passent donc directement de la portion d'estomac réséqué dans le gros intestin sans être digérés.

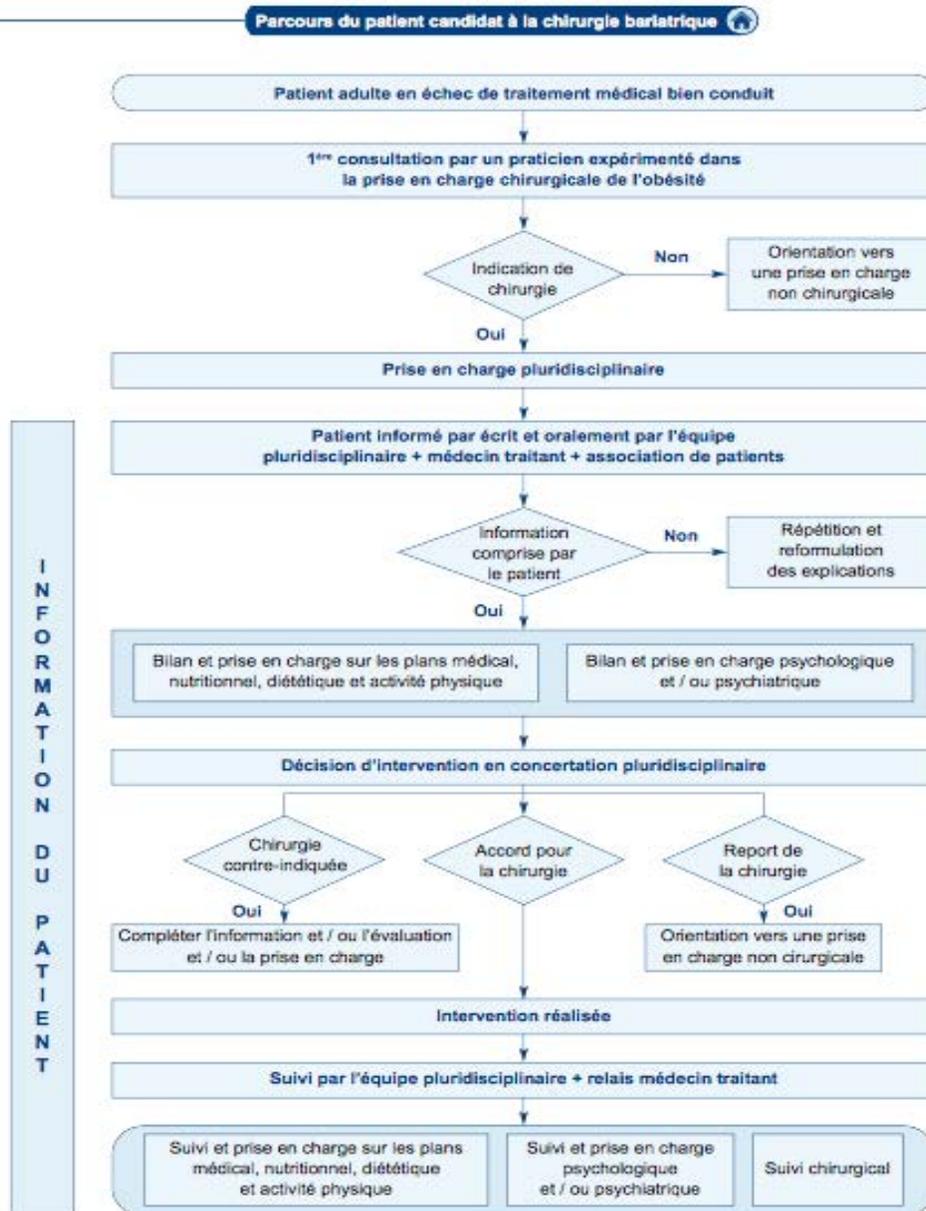
Technique de la dérivation bilio pancréatique (12)



Cette technique est le plus souvent réservée aux patients avec un IMC ≥ 50 kg/m² ou après échec d'une autre technique de chirurgie bariatrique.

L'HAS, grâce à un recul de 25 ans, estime la perte de poids attendue entre 75 et 80 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 60 à 65 kg.

Annexe 2 : Parcours du patient candidat à une chirurgie bariatrique, selon l'HAS (12)



Annexe 3 : Bilan pré opératoire

Avant d'entreprendre une chirurgie bariatrique, le patient doit effectuer un bilan pré-thérapeutique comportant, selon le rapport de l'HAS de 2009 : (12)

- Des mesures anthropométriques : IMC, poids, taille, tour de taille
- Une évaluation de l'état musculo-squelettique et articulaire
- Une évaluation du coefficient masticatoire et de l'état dentaire
- Un bilan nutritionnel et vitaminique : Albumine, hémoglobine, ferritine et coefficient de saturation en fer de la transferrine, calcémie, vitamine D, vitamine B1, B9, B12 et une correction des déficits éventuels
- Une évaluation du comportement alimentaire et la prise en charge d'un éventuel trouble du comportement alimentaire
- Un bilan et une prise en charge des comorbidités :
 - o Cardio-vasculaires et métaboliques (HTA, diabète de type 2, dyslipidémie)
 - o Respiratoires (tabagisme, syndrome d'apnées du sommeil)
 - o Hépatiques pour dépister une stéatose hépatique non alcoolique
- Un dépistage des maladies endocriniennes pouvant être responsables d'obésité (hypothyroïdie)
- Une évaluation du risque thromboembolique
- Une endoscopie œsogastroduodénale pour dépister une infection à *Helicobacter pylori*, rechercher une pathologie digestive (hernie hiatale, ulcère, gastrite) et réaliser des biopsies à la recherche de lésions pré-néoplasiques
- Une évaluation psychologique et psychiatrique
- La mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique diététique et de l'activité physique
- Béta-HCG 48h avant la chirurgie

Si des troubles moteurs de l'œsophage sont suspectés, la réalisation d'une manométrie œsophagienne avant pose d'anneau gastrique est recommandée.

Annexe 4 : Recommandations américaines post-chirurgie bariatrique (2013)

(34)

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.

Annexe 5 : Grille COREQ (42)

Numéro	Item	Description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
<i>Caractéristiques personnelles</i>		
1.	Enquêteur/animateur	Les entretiens individuels ont été menés par le chercheur.
2.	Titres académiques	Interne en médecine générale.
3.	Activité	Le chercheur était en stage dans le cadre de son internat de médecine générale.
4.	Genre	Femme
5.	Expérience et formation	Interne en médecine générale
<i>Relations avec les participants</i>		
6.	Relation antérieure	Les participants et l'enquêteur ne se connaissaient pas avant le commencement de l'étude.
7.	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Motifs de la recherche et formation du chercheur.
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Les motivations et intérêts pour le sujet de recherche ont été signalés.
Domaine 2 : Conception de l'étude		
<i>Cadre théorique</i>		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Théorisation ancrée
<i>Sélection des participants</i>		
10.	Échantillonnage	Échantillonnage de convenance
11.	Prise de contact	Par courriel
12.	Taille de l'échantillon	11 participants ont été inclus dans l'étude
13.	Non-participation	2 personnes ont refusé de participer à l'étude par manque de temps.
<i>Contexte</i>		
14.	Cadre de la collecte des données	Cabinet des médecins généralistes
15.	Présence de non-participants	Non uniquement présence du participant et du chercheur.
16.	Description de l'échantillon	Médecins généralistes, homme ou femme, âgés de 33 à 66 ans exerçant dans le Nord-Pas-de-Calais

<i>Recueil des données</i>		
17.	Guide d'entretien	Les questions et les amorces étaient fournis par le chercheur. Le guide d'entretien avait été testé au préalable.
18.	Entretiens répétés	Non
19.	Enregistrement audiovisuel	Enregistrement audio pour recueillir les données
20.	Cahier de terrain	Des notes ont été prises pendant l'entretien afin de rebondir sur les propos de l'interviewé et un journal de bord était complété après chaque entretien.
21.	Durée	En moyenne 30 minutes et 16 secondes par entretien.
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a été discuté.
23.	Retour des retranscriptions	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats		
<i>Analyse des données</i>		
24.	Nombre de personnes codant les données	2 personnes
25.	Description de l'arbre de codage	Non
26.	Détermination des thèmes	Détermination à partir des données
27.	Logiciel	NVIVO 12®
28.	Vérification par les participants	Non
<i>Rédaction</i>		
29.	Citations présentées	Oui, chaque citation était identifiée.
30.	Cohérence des données et des résultats	Oui
31.	Clarté des thèmes principaux	Oui
32.	Clarté des thèmes secondaires	Oui

Annexe 6 : Guide d'entretien

1. Dans un premier temps, pouvez-vous vous présenter ? Âge, sexe, lieu d'exercice, type d'exercice (maitre de stage universitaire, activité salariée, ...)
2. Vous avez, dans votre patientèle, des personnes ayant bénéficiées d'une chirurgie bariatrique. Pourriez-vous me dire en quoi consiste leur suivi depuis leur intervention ?
3. Comment cela se passe-t-il en pratique ?
4. Quelle est la place du médecin généraliste dans ce suivi ?
5. Quelle est votre expérience personnelle en tant que médecin généraliste suivant des patients après une chirurgie bariatrique ?

Annexe 7 : Entretien 11

Chercheur : Dans un premier temps, est-ce que vous pouvez vous présenter ? Dire votre âge, votre lieu et votre type d'exercice.

Médecin 11 : J'ai 53 ans, je suis installé depuis un peu plus de 20 ans. J'exerce à B., à côté de V., dans un cabinet pluridisciplinaire puisqu'on est 6 médecins, y'a 1 kiné, 2 infirmières, une orthophoniste, un pédicure ; on est pas une MSP mais on est un petit peu tout comme.

C : Vous avez une activité salariée ou universitaire parallèle ?

M11 : Alors, moi, j'ai une activité parallèle de régulateur libéral au SAMU pour la régulation libérale.

C : D'accord. Vous avez, dans votre patientèle, des patients qui ont bénéficié d'une chirurgie bariatrique. Est-ce que vous pourriez m'expliquer en quoi consiste leur suivi depuis leur intervention ?

M11 : Bah, justement, je vais dire que je trouve que globalement, on aura l'occasion d'y revenir bien sûr en détail, mais globalement, je trouve que le suivi est un petit peu pauvre. Moi, je trouve que les patients sortent, ils ont ... alors 2 choses, les patients qui sont suivis, mais y'en a peu finalement, qui ont été opérés au CHR de L., ils sont reconvoqués de manière assez régulière et le suivi est à peu près régulier. Les patients qui sont opérés à l'hôpital de V. ou dans les cliniques, ici, aux alentours ; je trouve que le suivi n'est pas optimal et surtout on a pas beaucoup de guide, nous, pour les médecins généralistes, en disant tel bilan qu'il faut réaliser à 3 mois, 6 mois, 2 ans, 3 ans de l'opération donc bien souvent les gens sortent, ils ont un premier bilan qui est fait et après, finalement, c'est pas très guidé, j'ai l'impression qu'on a un peu tendance à laisser tomber le suivi ou en tout cas être moins optimal dans le suivi.

C : D'accord. Quand vous dites que le suivi à L. est régulier, c'est-à-dire ?

M11 : Bah là, j'ai pas ... j'ai pas le dossier d'un patient auquel je pense mais j'en ai 2 qui sont suivis à L. où ils sont reconvoqués de manière systématique pour des bilans nutritionnels post-opératoires où ils ne revoient, d'ailleurs, pas forcément le chirurgien qui les a opérés, en général, ils revoient le médecin nutritionniste et l'équipe diététicienne de manière systématique.

C : Vous savez à quelle fréquence ?

M11 : (*Silence*) Non, faudrait que je recherche, là je suis désolé mais ...

C : Quand vous parlez de guide, que vous aimeriez bien avoir un guide pour savoir quel suivi faire, c'est-à-dire ?

M11 : Quelque chose de bien standardisée, alors en fonction du geste opératoire qui a eu lieu, en disant « voilà pour telle chirurgie, le suivi doit se faire à 3 mois avec tel bilan », vraiment avoir un guide assez précis. Moi, j'ai un peu une idée là-dessus parce qu'on a fait une fois une FMC, j'ai participé à une FMC à V. où on avait eu un topo là-dessus avec une espèce de suivi qui était protocolisé mais finalement, je trouve qu'à la sortie des patients y'a pas ... voilà, les patients sortent y'a le premier bilan à faire et puis

après on dit pas voilà « 6 mois après, vous faites tel bilan, 6 mois après vous faites un autre bilan », c'est un petit peu laisser aller.

C : Les patients sont reconvoqués à l'hôpital ou à la clinique ?

M11 : J'ai l'impression qu'ils sont reconvoqués au début mais pas dans le temps, pas dans la durée.

C : Et il voit quel professionnel ?

M11 : Au début, le premier contrôle, il revoit le chirurgien et l'équipe diététique mais j'ai l'impression qu'il le revoit 1 fois peut-être 2 mais pas plus.

C : Et au niveau du post-opératoire immédiat, ça se passe comment ?

M11 : Dans le mois suivant la chirurgie, en général, ils sont vus par le chirurgien et c'est tout.

C : Et vous, ils viennent vous voir les patients ?

M11 : Oui, en général, on les voit à la sortie de l'opération. Oui en général, juste après l'opération ou dans le mois, on les voit. Après, de manière systématique, encore une fois peut-être qu'y a des choses à faire de manière très standardisée en disant, faudrait qu'on les revoie, nous, à 1 mois, 3 mois, 6 mois de manière systématique, c'est pas fait.

C : Et quand vous les revoyez en post-opératoire immédiat, comment se déroule une consultation ?

M11 : Bah ... en général, y'a le suivi, selon l'opération qu'ils ont eue, le suivi simple post-opératoire : cicatrice, bon en général, ça se passe bien, la plupart sont faites sous coelio donc finalement les suites sont assez simples. Les patients, ils ont en général, quelques conseils qui leur sont donnés au niveau alimentation donc ils suivent ça. Souvent, ils ont une alimentation qui est assez ... assez pauvre, en tout cas, pas très variée au départ, ça c'est sûr. Et nous, on est peu informé, finalement, des conseils qui leur ont été donnés, je trouve. On a la lettre post-opératoire qui dit « voilà, le patient a été opéré par telle technique » mais dans le courrier, y'a pas ce qu'il est autorisé à manger, pas autorisé à manger, je trouve ça un petit peu, peu suivi.

C : Et ça vous met en difficulté dans la consultation avec le patient ?

M11 : Bah dans la première consultation, pas forcément mais éventuellement après, oui parce que des fois, il nous demande des conseils auxquels on est pas toujours super apte à répondre parce que ça peut nous questionner aussi.

C : Ils sont revus par une diététicienne ou quelqu'un qui peut les accompagner ?

M11 : Certains, oui ... j'ai du mal à dire une généralité de suivi mais j'ai pas l'impression qu'il y ait un suivi très systématique.

C : Pour en revenir à la consultation post-opératoire immédiate, vous recherchez d'autres choses ?

M11 : Comme on les voit très précocement non parce que en général, on les voit à la sortie de l'opération, pour faire éventuellement l'arrêt de travail et le suivi vraiment immédiat donc ... non là, j'avoue que je recherche rien de spécial parce qu'ils ont à

peine débuté leur perte de poids, ils sont à peine rentrés chez eux donc ils sont à peine réalimentés donc non je recherche rien de particulier. Peut-être à tort (*rires*).

C : Et dans le suivi à court terme entre l'opération et les 2 ans post-chirurgie, comment se passe le suivi ?

M11 : On les voit et là encore c'est vrai que ... je répète peut-être un peu mais en général les complications pariétales, cicatricielles, y'en a pas ou c'est rare qu'il y en ait, finalement, donc en fait le suivi, il est, à mon avis, plus diététique et là encore on est pas très guidé là-dessus donc moi j'aimerais bien, ça m'intéresserait beaucoup d'avoir : voilà pour tel patient, il faut lui faire tel bilan, rechercher telle carence éventuelle. Oui, ça se serait intéressant mais on n'a pas ces guides-là. Donc on le fait un petit peu à la débrouille, je dirais.

C : Et à long terme ?

M11 : On a les mêmes difficultés.

C : Et le patient il est revu par l'équipe qui l'a opéré ?

M11 : Selon les équipes, plus ou moins.

C : C'est-à-dire ?

M11 : J'ai l'impression qu'y'a des patients qui sont un petit peu perdus de vue et si les patients ne sont pas demandeurs bah c'est tout, l'équipe ne les recontacte pas systématiquement et puis y'a des patients qui sont très demandeurs de suivi qui là eux arrivent à avoir un suivi mais, j'ai l'impression, qu'ils sont, globalement, après faudrait reprendre chaque dossier, mais globalement, un petit peu laissés dans la nature.

C : Quand vous dites « laissés dans la nature », qu'est-ce que vous voulez dire par là ?

M11 : Ils ne sont pas reconvoqués.

C : Et du coup, dans ce suivi, vous intervenez comment ?

M11 : Bah, on pêche un peu aussi je pense, on pêche aussi ... En général, l'efficacité de la chirurgie, elle est assez importante, ils perdent en général beaucoup de poids, en tout cas au moins au début, après, y'a des échappements un peu plus tard mais ça c'est autre chose. Mais en général, ils perdent beaucoup de poids donc en général, les gens sont plutôt satisfaits donc ils nous reconsultent pas forcément pour ce motif. Et nous quand on les revoit « ça se passe bien ? – oui », on évalue la perte de poids bien sûr, on évalue la tolérance alimentaire et ce qu'ils sont capables d'avaler ou d'ingérer, les troubles digestifs, de transit éventuel. Après, en général, on fait un bilan biologique mais c'est pas forcément très guidé. Est-ce qu'on fait bien notre bilan biologique ? Je sais pas ... J'aimerais bien, qu'idéalement, le patient sorte en disant « voilà, il a été opéré avec telle technique, je le revois à 1 mois, 3 mois et à 6 mois et Docteur, on vous demande de surveiller avec tel bilan biologique, l'éventuelle carence pour telle ou telle recherche ». Ça serait bien d'avoir quelque chose de vraiment très protocolisée, de savoir pendant combien de temps on doit les surveiller, pendant combien de temps on doit faire tel bilan, peut-être ce n'est pas les mêmes carences, je suis certain même, à 3 mois et à 2 ans. Ça c'est un peu la suite mais on a quand même quelques patients qui reprennent du poids et donc en cas de reprise de poids est-ce qu'y'a un bilan à faire

éventuellement avant de les réadresser à l'équipe qui les a suivis, s'ils ne sont plus suivis.

C : Quand vous dites les réadresser, l'équipe chirurgicale est disponible ?

M11 : Certains oui, oui, oui, en général, elle est disponible. Si on leur dit « voilà, on a un patient qui a été opéré, on a besoin de vous le réadresser » ... mais est-ce qu'il ne serait pas intéressant que justement nous on fasse un bilan précis en cas de reprise de poids avant de les réadresser ? Pourquoi pas. Alors, bon on peut aussi imaginer qu'on les réadresse, ils les revoient et donc en les revoyant cliniquement, ils leur refassent un bilan plus exhaustif hospitalier.

C : Vous avez rencontré des difficultés dans le suivi de ces patients ?

M11 : Des difficultés, oui. Je pense à une qui a été opérée et à qui, on a découvert de manière un peu systématique, je ne sais plus sur quoi au départ. Elle a été opérée y'a 3 ou 4 ans et on a découvert une anémie, plutôt ferriprive avec pas de cause étiologique gynécologique, a priori donc plutôt digestif. Donc là, en l'occurrence, je l'ai réadressée au chirurgien qui l'avait vu et qui a dit qu'il fallait quand même faire un bilan gastro, qui a demandé une fibro. Elle doit l'avoir là, ça était repoussé avec le COVID. Donc difficultés non parce que si on prend le téléphone et qu'on rappelle l'équipe qui l'a prise en charge, ils nous ferment pas la porte. Non l'accès il est faisable.

C : Et que pensez-vous du suivi qui est mis en place actuellement pour ces patients ?

M11 : Bah, ce que je dis, je pense qu'il n'est pas ... déjà je suis étonné qu'il n'y ait pas ... je pense que là y'a pas du tout de suivi psychologique. Si je dis pas de bêtise, je pense que psychologiquement ça peut parfois poser des soucis chez ces gens qui ont quand même des grosses modifications de leur schéma corporel donc ça peut poser des soucis, psychologiquement, ils sont pas toujours bien dans la suite. Donc ça je pense que psychologiquement y'a pas forcément de suivi. Et je suis en difficulté, sur le suivi biologique des patients qui reprennent du poids.

C : Et quand vous dites qu'y'a pas de suivi psychologique c'est-à-dire ?

M11 : Quand ils sont revus dans l'équipe de chirurgie bariatrique, ils ne sont pas revus par une psychologue.

C : Et vous pensez que c'est un problème pour les patients ?

M11 : Pour certains, oui. Y'en a qui le vivent bien, ça a changé, ils sont radicalement transformés, ils sont très contents et tout va bien. Y'en a d'autres qui ont des petits soucis à la suite de ça et qui sont en demande justement d'être aidés là-dessus. Alors, moi je pense à un Monsieur que j'avais réadressé au CMP et qui maintenant est suivi par le CMP et en l'occurrence, il est suivi mais pas par l'équipe qui l'avait opéré. Peut-être qu'un suivi psychologique spécifique c'est peut-être pas plus mal.

C : Et quel est le rôle du médecin généraliste dans le suivi psychologique de ces patients ?

M11 : Nous, on a le rôle de suivi psychologique du médecin généraliste un peu comme pour tout patient mais c'est vrai qu'on a quand même besoin d'être aidé, si le patient est d'accord évidemment, d'être aidé par une équipe de psychologues voire de psychiatres.

C : Quand vous dites comme pour tout patient, c'est-à-dire ?

M11 : Bah le suivi psychologique qu'on peut faire en médecine générale de patients qui viennent nous voir pour une anxiété réactionnelle à certaines choses, pour un syndrome dépressif ou qui vont pas forcément voir de spécialiste dans ce cas présent mais qu'on suit nous psychologiquement. Donc ça peut être aussi le cas de certains patients qui ont bénéficié d'une chirurgie bariatrique et qu'on suit sans forcément avoir recours à un spécialiste et parfois ça peut être intéressant d'avoir recours à un spécialiste pour ce suivi-là.

C : Et comment se passe une consultation de suivi psychologique en médecine générale ?

M11 : Bah y'a toute la prise en charge par rapport ... justement ce que je disais un petit peu, ce qui les perturbent parfois c'est le changement, le regard des autres par rapport à cette perte de poids, le regard des autres dans leur milieu très proche, familial donc ça peut ... Je pense à un patient qui s'était complètement transformé et du coup, étonnement, mais en post-opératoire ça avait complètement bouleversé sa vie de couple, y compris avec ses enfants. Il remettait beaucoup ça en cause « depuis que j'ai été opéré, je pensais que ça améliorerait aussi ma vie de couple et même psychologiquement mais en fait, ça s'est complètement dégradé ». Sa femme ne le voyait plus du tout pareil, lui ne se voyait plus pareil non plus donc il s'était modifié dans sa façon de s'habiller, sa façon de se comporter tout ça donc ça avait créé des soucis de couple, d'après lui, après moi je ne suis pas dans leur maison, ça avait créé pas mal de soucis de couple à la suite de cette opération. Donc voilà, on suit ce patient, on l'aide. Lui, en l'occurrence, il ne voulait pas voir de psychiatre mais régulièrement, ça revenait dans le devant de la consultation, cet espèce de mal-être qu'il avait après son opération ; même si en soit son opération avait bien fonctionné, il avait perdu 50 ou 60 kilos ce patient, qu'il n'a pas repris d'ailleurs, il est très bien, physiquement, il est vraiment très, très bien mais c'est vrai qu'il y a eu une espèce d'explosion de sa vie familiale qui était plutôt bien d'après ce qu'il dit, avant l'opération, et, après l'opération, ça a bouleversé tout. Et lui, il met cette cause là en avant.

C : Et quel est le rôle du médecin généraliste dans ce cas-là ?

M11 : Le médecin généraliste a un rôle de soutien vraiment du médecin de famille. Là, en l'occurrence, c'est un Monsieur qui a une petite quarantaine d'années, moi j'ai 13 ans de plus que lui, je le soigne depuis longtemps et je le soignais déjà quand il était plus jeune, quand il était chez ses parents donc je le connais depuis longtemps, en fait. Et donc voilà, parce que je le connais depuis longtemps, je continue ce suivi-là avec lui. Bon là, il est un peu mieux, on va pas faire l'exemple sur lui, mais il est mieux, il a changé, il a une nouvelle vie de couple, apparemment là, il est bien. Mais moi j'avais été un peu étonné, je m'attendais vraiment en effet, peut-être un peu naïvement, que ça allait forcément améliorer la vie de tous les patients cette chirurgie bariatrique et en fait, pas forcément. Lui, à un moment, il m'a dit avoir regretté parce que « finalement, je suis plus malheureux qu'avant, finalement, j'ai maigri mais je suis pas bien psychologiquement », bon maintenant, ça a changé il est de nouveau mieux mais voilà. Je pense qu'on mesure pas forcément l'impact, que ça peut avoir un impact négatif aussi, même si la plupart des gens ça a un impact positif, évidemment c'est pour ça qu'ils le font. On parle pas de la morbidité, je parle de l'impact psychologique là.

C : Et vous pensez que les patients sont préparés à ça ? On les informe qu'au niveau psychologique, il peut y avoir un bouleversement ?

M11 : Bah, en fait, je pense, honnêtement, y'a tout un temps où, à la clinique à S., après je suis pas là pour faire de la délation mais, y'a tout un temps où y'avait un chirurgien qui d'ailleurs n'est plus dans la région, qui opérait assez rapidement les patients d'une chirurgie bariatrique et y'avait pas vraiment d'entourage pré et post-opératoire. Bon, y'avait le bilan préopératoire un petit peu classique : pneumo, cardio, psy mais en gros y'avait une consultation psy et c'était bon, si tu validais le psy, il disait « ok, tu peux te faire opérer », c'était validé, le pneumo, le cardio, ça allait très, très vite. Et donc je pense qu'il y a pas mal de gens qui étaient un peu laissés dans la nature. Je pense que le suivi est un peu mieux maintenant de ce côté-là où y'a une vraie prise en charge psychologique en préopératoire pour être sûr que, je pense, ils ciblent les bonnes personnes.

C : Et en préopératoire, du coup, ça se passe comment pour le patient ?

M11 : Y'a plusieurs consultations psy ; alors, y'a même à S-A. ... Y'a parfois des patients à qui on propose d'être hospitalisés dans l'unité diététique à S-A. pour faire un petit peu le point, pour voir un petit peu dans quelles mesures ils sont motivés par cette chirurgie, y'a toute une prise en charge un peu globale, ils voient des diététiciens, des espèces de réunion de groupes de patients, voilà et on leur dit vous êtes apte ou pas apte à une chirurgie donc on essaie de les préparer psychologiquement, avant. Maintenant je sais pas si c'est le même schéma pour tous les patients. Je pense à une patiente, par exemple, c'est une jeune patiente qui a vraiment une obésité morbide et qui a une sclérose en plaques et donc elle est très handicapée, elle est en fauteuil roulant, très clairement elle ne marche plus. Et la neurologue qui la suit à l'hôpital de V. était très très en faveur d'une chirurgie bariatrique. La patiente était très demandeuse aussi parce qu'elle se rend bien compte que ... bon elle essaie de se verticaliser un petit peu avec la kiné mais entre 2 barres, ça devient compliqué et donc elle se rendait bien compte qu'elle était très handicapée par son poids, en plus de sa SEP et donc la neurologue de V. voulait la faire opérer, la patiente était d'accord. Elle a été complètement récusée d'emblée à cause de sa maladie par l'équipe chirurgicale de l'hôpital de V. Elle a été super déçue et psychologiquement ça a été très difficile pour elle et un jour, la neurologue lui a proposé d'être vue par l'équipe chirurgicale bariatrique de S-P. Et donc là, elle les a rencontrés une première fois juste avant le confinement où ils l'ont faite venir pour une journée d'évaluation et ils ont pas du tout dit non, il faut qu'on continue l'évaluation préopératoire mais ils lui ont pas du tout dit non. Donc comme quoi d'une équipe à l'autre, il peut y avoir vraiment des prises en charges différentes avec une équipe qui d'emblée va dire « ah non, vous êtes jeune mais bon vous êtes obèse, vous avez une SEP tellement évoluée qu'il ne faut même pas envisager de vous opérer, non désolée. » et puis une autre équipe qui dit « bah non, nous, on vous récusé pas. On a pas dit oui mais on a pas du tout dit non, on continue l'évaluation. On verra. » Bon là, tout est arrêté avec le COVID. Et je pense à elle parce que justement je l'ai revue hier cette dame-là. Son mari l'amène en consultation en fauteuil roulant. Et hier, elle m'a dit « j'espère que ça va bientôt s'arrêter parce que moi, je voudrais retourner à S-P. Je veux continuer tout ça ». Peut-être qu'elle ne sera jamais opérée mais voilà ils l'ont quand même inclus dans le parcours d'évaluation. En tout cas

d'un point de vue psychologique, c'est pour ça que je suis revenu à ça, en l'occurrence, elle ça l'avait vraiment cassé psychologiquement de ne pas être recevable. Et là, bon peut-être qu'ils ne le feront pas mais en tout cas, le fait d'être ré inclus ça lui a fait du bien. Donc je pense que voilà je sais pas trop leurs indications mais d'une équipe à l'autre, les indications sont un petit peu différentes, l'évaluation est probablement un peu différente.

Alors je sais qu'à V. l'évaluation, elle est un peu identique à celle de L. parce que Madame D., la chirurgienne de V., elle vient de l'équipe de F. P. à L. donc ils ont probablement un peu les mêmes types de raisonnement et d'évaluation mais je pense que d'une équipe à l'autre y'a des choses qui évoluent, qui sont différentes.

C : Et que pensez-vous qu'on puisse améliorer dans le suivi qui est mis en place actuellement ?

M11 : Bah, je me répète peut-être mais encore une fois vraiment un suivi systématique, je pense que aussi bien en post-opératoire, c'est-à-dire le chirurgien qui revoit le patient de manière systématique, je sais pas la fréquence, mais par exemple, à 3 mois, 6 mois, 1 an, 2 ans et aussi de manière systématique, une reconvoction pour les patients en diététique et probablement en psychologie. En tout cas une proposition, on va pas aller les chercher chez eux si ils ne veulent pas venir. Moi je verrai bien ça. Et donc chirurgie, psychologie, diététique et un guide vraiment pour les médecins traitants.

C : Quand vous dites un guide, un guide qui comprend quoi ? Qu'aimeriez-vous avoir dans ce guide ?

M11 : Pourquoi pas un espèce de carnet de suivi comme les suivis de grossesse. Bon, moi je fais pas forcément de suivi de grossesse, je fais pas forcément de gynécologie mais les patientes quand elles sont enceintes et qu'elles sont suivies à la maternité, elles ont leur carnet de grossesse et elles me le ramènent, je vois quand même leur suivi même si je fais pas forcément l'examen gynécologique mais je vois le suivi de sérologie, de biologie, le genre de problèmes qui peuvent exister pendant la grossesse. Donc pourquoi pas un vrai carnet de suivi qui pourrait être rempli alors encore une fois par la diététicienne, la psychologue et pourquoi pas par le médecin généraliste où on pourrait y insérer les bilans biologiques qu'on a fait pour qu'ils soient consultables par l'hôpital et inversement ceux faits à l'hôpital consultables chez nous ; un vrai outil de suivi.

C : Pour qu'il y ait une correspondance entre les équipes ?

M11 : Alors correspondance, on a des courriers quand ils sont vus mais pourquoi pas, un vrai outil de suivi. Alors je dis un carnet mais ça peut être dématérialisé aussi, j'en sais rien, c'est pas ... peu importe la forme mais un vrai suivi qui durerait un peu dans le temps. J'ai un peu l'impression globale que les patients ils sont un peu, j'accuse personne, mais un peu laissés dans la nature donc peut-être trouver une solution pour qu'ils soient plus suivis, je sais pas. Après, on pourrait échanger là-dessus, évidemment ça serait intéressant d'avoir l'avis des patients et l'avis des équipes de prise en charge.
(Silence)

C : Je sais pas si vous avez autre chose à rajouter par rapport à ça ?

M11 : Bah non, je réfléchis un peu. Non, ça serait très intéressant d'avoir l'avis des patients voir comment ils se sentent. Moi, j'ai l'impression, en tout cas en balayant devant chez nous, j'ai l'impression que mes patients qui ont été opérés sont pas forcément suivis de manière optimale par moi. Voilà, je suis prêt à faire mon autocritique parce que voilà ... après on est pris dans le rythme de la médecine générale et du coup, bah comme on n'a pas de choses bien guidées, bah on le fait peut-être pas forcément bien.

C : Quand vous dites « je pense qu'ils ne sont pas forcément bien suivis par moi », c'est-à-dire ?

M11 : Bah parce que j'ai pas quelque chose de très systématique et protocolisée. On leur dit pas « bah voilà, maintenant, vous êtes à 1 an de votre opération, faudrait peut-être que vous revoyez la diététicienne, vous l'avez pas vu depuis 6 mois ou bien vous avez pas revu le chirurgien depuis 3 ans, peut-être qu'il faudrait le revoir ». Voilà j'ai pas de conduite comme ça systématique et c'est peut-être dommage. Et sur le plan carenciel, c'est pareil. J'ai pas de recommandations claires donc je fais un peu ma sauce quoi mais qui, du coup, ne doit pas être optimale, je pense. Bon je suis pas un jeune déprimé, je suis en pleine forme (*rires*). Bah non mais pour dire que ... c'est pour apporter un peu d'aide dans l'idée parce que c'est l'occasion comme tu m'interroges là-dessus, c'est l'occasion de faire son auto-évaluation et de se dire que bah oui finalement pour ces patients-là, c'est pas top ce que je fais.

Après je ne sais pas, si toutes les équipes que ce soit à l'hôpital de V., à V., à D., que ce soit S-A., je pense qu'ils ont tous un petit peu leur truc et c'est dommage qu'il n'y ait pas une harmonie dans le H., même dans le Nord, dans les Hauts-de-France ou même de manière nationale ; voilà comment on doit prendre en charge une chirurgie de l'obésité avant, pendant, après avec un suivi très carré quoi, finalement. Y'a peut-être des recommandations là-dessus je ne m'y suis pas vraiment intéressé, y'a peut-être des recommandations nationales, est-ce qu'elles sont bien suivies ou pas suivies, je sais pas. (*Silence*) Et je pense que, encore une fois, c'est mieux que ça ne l'a été parce que y'a quelques années, y'a eu une espèce de petite « mode ». Les gens, ils ont entendu parler de la chirurgie, ils voulaient tous se faire un petit peu opérer. Les chirurgiens disaient « ah bah non, vous êtes un petit peu limite au niveau de l'IMC, prenez un petit peu de poids on verra ça après ». Bon, c'était un peu fait ... bon voilà. En tout cas, tout ça pour dire que c'est beaucoup mieux que ça ne l'a été. Mais on pourrait probablement, puisque je sais qu'il y a un pôle obésité à V., à l'hôpital aussi, y'a probablement moyen de pourquoi pas utiliser les mêmes protocoles, utiliser la même manière de faire même si c'est des médecins différents, si c'est des chirurgiens différents.

C : Et ces pôles obésité ça consiste en quoi ?

M11 : Avant on adressait un patient, il disait « bon aller, je l'opère ou je l'opère pas ». Là maintenant, quand on adresse le patient au chirurgien, y'a un premier contact, une première consultation et selon l'entretien avec le chirurgien, il dit « bon bah ok, je vous intègre dans la filière obésité, donc vous allez devoir faire un bilan avec, selon les antécédents du patient bien sûr, cardio, pneumo, psychologique, digestif » voilà différentes choses comme ça. Donc y'a quand même toute une batterie de choses qui sont pour eux, je pense, assez organisées mais pour autant elles sont pas les mêmes de l'un à l'autre, le suivi il est pas forcément bien fait ou il est pas fait pareil à droite à

gauche. Et puis, je pense, que voilà si le patient sortait avec un protocole bien précis : vous devez revoir le chirurgien à 3 mois, 6 mois, 2 ans, 3 ans et vous devez faire une prise de sang encore une fois, tel mois, tel mois, tel mois et vous devez revoir une diététicienne tel mois, tel mois. Vraiment, ils devraient sortir avec un calendrier tout établi, pratiquement les rendez-vous pris. J'exagère un peu mais vraiment avoir un truc systématique. Moi je pense, qu'il pourrait y avoir un outil, c'est pas compliqué à mettre en place ce genre de truc. Et nous, du coup, je pense que si on avait quelque chose de systématique comme ça, on le mettrait dans le logiciel métier et c'est pas compliqué de mettre une alerte : à 24 mois, il faut faire tel bilan, à 36 mois, il faut revoir le gastro pour une fibro, je dis n'importe quoi. Voilà, il suffit de le programmer dans le logiciel métier et puis hop, après on ne l'oublie pas.

C : Je sais pas si vous avez quelque chose à rajouter ?

M11 : Non, là comme ça non.

C : Merci beaucoup.

AUTEUR : Nom : KERLOC'H

Prénom : Aude

Date de soutenance : 15 Septembre 2020

Titre de la thèse : Chirurgie bariatrique : Parcours de santé des patients, point de vue des Médecins généralistes

Thèse - Médecine - Lille « 2020 »

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Chirurgie bariatrique, parcours de santé, médecins généralistes

Contexte : Devant une prévalence de l'obésité en France qui ne cesse d'augmenter, la chirurgie bariatrique représente une prise en charge efficace de l'obésité. Elle nécessite un suivi à vie en raison des complications, même tardives, qu'elle peut engendrer. Or, 5 ans après la chirurgie, seuls 12 % des patients ont un suivi satisfaisant. L'objectif principal de cette étude était de mettre en évidence les points de rupture pouvant entraîner un suivi non optimal lors du parcours de santé de la chirurgie bariatrique, d'après les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

Méthode : Étude qualitative, descriptive par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 11 médecins généralistes exerçant dans le Nord-Pas-de-Calais de Janvier à Mai 2020.

Résultats : La majorité des médecins interviewés admettent une amélioration du parcours de santé de la chirurgie bariatrique ces dernières années. Cependant, ils évoquent une coordination des soins ville-hôpital non efficiente avec des difficultés de communication entre les acteurs du parcours de santé de l'hôpital et ceux de la ville et un manque d'intégration du médecin généraliste dans le parcours. Le suivi non uniformisé sur le territoire est favorisé par l'absence de recommandations précises, surtout concernant le suivi post-opératoire. La non prise en charge financière de certains soins (biologie, vitamines, psychologue, diététique, activité physique) est un frein à l'optimisation du suivi. Il est important que le suivi puisse être personnalisé et adapté à chaque patient en y intégrant des ateliers thérapeutiques de groupe et des groupes de parole de patients pour démedicaliser le suivi.

Conclusion : Cette étude a permis de mettre en évidence des points de rupture dans le parcours de la chirurgie bariatrique et de proposer des préconisations pour optimiser la prise en charge de ces patients.

Composition du Jury :

Président : Professeur François PATTOU

Assesseurs : Professeur David SEGUY et Professeur Marc BAYEN

Directeur de thèse : Docteur Émeline DECARPENTRY