

UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année : 2026

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Suivi de chirurgie bariatrique en médecine générale : état des lieux et attentes des
médecins généralistes dans l'Artois.**

Présentée et soutenue publiquement le 17/06/2026 à 18 heures
au *Pôle Formation*
par **Manon DALLA COSTA**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Robert CAIAZZO

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Madame le Docteur Nathalie HENRIC

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Séverine ANDRIEUX

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

APA : Activité Physique Adaptée

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSO : Centre Spécialisé de l'Obésité

DMP : Dossier Médical Partagé

DPC : Développement Professionnel Continu

DPO : Délégué à la Protection des Données

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MT : Médecin Traitant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCR : Parcours Coordonnés Renforcés

RHD : Règles Hygiéno-Diététiques

Table des matières

RESUME.....	5
INTRODUCTION.....	6
RAPPELS SUR LES TECHNIQUES DE CHIRURGIE BARIATRIQUE.....	8
1. Les techniques restrictives pures	8
2. Les techniques mixtes (restriction et malabsorption).....	9
MATERIELS ET METHODES	11
1. Type d'étude et population	11
2. Elaboration du questionnaire	11
3. Recueil et analyse des données	12
4. Éthique et aspect réglementaires	12
RESULTATS.....	13
1. Flux des réponses	13
2. Description de la population d'étude	13
3. Environnement professionnel et pratique	14
4. Pratiques d'orientation et positionnement professionnel	15
5. Ressources, besoins et opinions des praticiens.....	18
6. Ressenti des praticiens et constitution des groupes d'étude	20
7. Analyse bivariable.....	20
8. Analyse des réponses ouvertes	25
DISCUSSION.....	26
1. Résumé des principaux résultats.....	26
2. Comparaison avec la littérature	27
3. Forces et limites de l'étude	29
a. Forces	29
b. Limites.....	30
4. Perspectives	30
CONCLUSION.....	32
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	34
ANNEXES.....	37

RESUME

Introduction : La chirurgie bariatrique a une efficacité établie sur la perte de poids, l'espérance de vie et les comorbidités en cas d'obésité sévère. Malgré l'essor des interventions, un suivi de bonne qualité n'est obtenu que dans une minorité des cas, exposant à des complications somato-psychiques et nutritionnelles. L'objectif de notre étude est d'évaluer le positionnement, les besoins et les suggestions des généralistes du territoire de l'Artois dans ce parcours péri-opératoire.

Matériels et méthodes : Étude épidémiologique, descriptive, transversale et quantitative menée via un auto-questionnaire standardisé diffusé auprès des médecins généralistes libéraux en activité installés sur le territoire du Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) de l'Artois.

Résultats : Un total de 65 questionnaires a été analysé. Un sentiment de mise à l'écart est observé en préopératoire (66,2 %, n=43/65) mais une nette majorité préfère déléguer le parcours péri-opératoire à une équipe spécialisée. L'accès à un avis nutritionnel en ville est jugé difficile par 66,2% (n=43/65) des répondants. 81,5% (n=53/65) estiment que le suivi des cas non complexes devrait être alterné avec l'équipe opératoire. L'analyse bivariée montre que 37,5% (n=15/40) des médecins du groupe « Pas de problème particulier » déclarent maîtriser les trois chirurgies principales, alors que 52% (n=13/25) du groupe « Appréhension » n'en maîtrisent aucune ($p<0,01$). La possession de recommandations est fortement corrélée au sentiment d'aisance ($p<0,01$). 96% (n=24/25) du groupe « Appréhension » réclament des fiches synthétiques. Enfin, 62,5% (n=25/40) du groupe « Pas de problème particulier » se déclarent capables de réintégrer les « perdus de vue ». Les verbatims qualitatifs éclairent ces blocages en identifiant trois freins majeurs : un manque d'information hospitalière, un déficit de formation et une forte contrainte temporelle.

Conclusion : Une évolution des modalités de suivi bariatrique est indispensable. Sans modifications des conditions d'exercice, il appartiendra aux structures spécialisées de réadapter leur organisation pour assurer le suivi d'une population de patients en croissance constante. L'intégration dans des Parcours Coordonnés Renforcés (PCR), facilités par les Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), semble être une opportunité à saisir.

INTRODUCTION

L'obésité est une maladie chronique d'évolution pandémique résultant de multiples facteurs biologiques, socio-économiques, comportementaux et environnementaux. Elle est associée à un risque de comorbidités, de décès prématurés et d'incapacités (1,2,3).

Véritable problème de santé publique dont la prévalence ne cesse d'augmenter, l'obésité représente un coût social de plusieurs milliards d'euros. En 2022, d'après l'OMS, une personne sur huit dans le monde était en situation d'obésité. En France, on estime qu'elle concerne environ 10 millions de personnes dont environ 1 million de personnes avec un IMC > 40 kg/m² selon les données de la Ligue nationale contre l'obésité de 2020 (1,4).

La chirurgie bariatrique est une option thérapeutique qui s'inscrit parmi les possibilités de prise en charge de l'obésité sévère après l'échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6 à 12 mois. Les patients doivent bénéficier d'une préparation pluridisciplinaire d'au moins 6 mois, comprendre la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme et présenter un risque opératoire acceptable. En pratique, elle est indiquée chez l'adulte pour un IMC supérieur ou égal à 40 kg/m² ou supérieur à 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité sévère susceptible d'être améliorée par l'intervention (5).

Les études publiées sur le suivi des patients au-delà de 5 ans montrent que la chirurgie bariatrique a une efficacité établie. Ses résultats sont supérieurs à la prise en charge médicale, tant en termes de perte de poids que d'amélioration de l'espérance de vie ou de régression, voire de rémission des comorbidités (3,6,7,8,9).

Malgré une pratique hétérogène, elle connaît une forte croissance et un nombre d'interventions multiplié par vingt entre 1997 et 2016. Avec 60 000 actes en 2016, la France se place au 3^{ème} rang mondial (3,10,11). Trois interventions sont couramment pratiquées.

L'anneau gastrique, une méthode de restriction réversible, la sleeve gastrectomie responsable d'une restriction gastrique irréversible et le bypass qui associe restriction et court-circuit gastrique irréversibles et des risques de complications plus importants (3,6,9,12).

Le suivi post-chirurgie bariatrique est indispensable pour optimiser l'efficacité de l'intervention et prévenir les complications somato-psychiques ou nutritionnelles. Des consultations sont recommandées par la HAS, au moins 4 fois la première année, puis annuellement. Elles permettent d'évaluer la cinétique pondérale, de maintenir le suivi éducatif, de rechercher des complications et de s'assurer de la bonne observance de la supplémentation. Enfin, il convient d'adapter les traitements médicamenteux dont l'absorption, l'efficacité et la tolérance peuvent être modifiées par la chirurgie (3,5,6,13,14).

Cependant, le rapport de l'IGAS publié en 2018 souligne qu'en 2014, seuls 14 % des patients opérés en France bénéficiaient d'un suivi de bonne qualité à 5 ans. À peine 6 % prenaient régulièrement leur supplémentation (3,5,15).

On recense, en France, plus de 500 000 personnes opérées, soit environ 1 % de la population. Cela représente, pour un généraliste, une file active moyenne d'une dizaine de patients. Si ces derniers font partie intégrante du parcours de soins, leur rôle reste à préciser et leur point de vue sur cette prise en charge est encore peu documenté (3,7,8,12,13,16,17).

Le but de cette étude était de réaliser un état des lieux de la participation actuelle des médecins généralistes de l'Artois au suivi post-chirurgie bariatrique. Les objectifs secondaires consistaient à évaluer leurs besoins ainsi que leurs suggestions pour améliorer la coordination ville-hôpital.

RAPPELS SUR LES TECHNIQUES DE CHIRURGIE BARIATRIQUE

La chirurgie bariatrique repose sur deux mécanismes principaux, parfois associés : la restriction (réduction de la capacité gastrique) et la malabsorption (modification du circuit digestif diminuant l'assimilation des nutriments) (3,6,9,12).

1. Les techniques restrictives pures

Elles visent à réduire le volume de l'estomac pour induire, théoriquement, une satiété précoce.

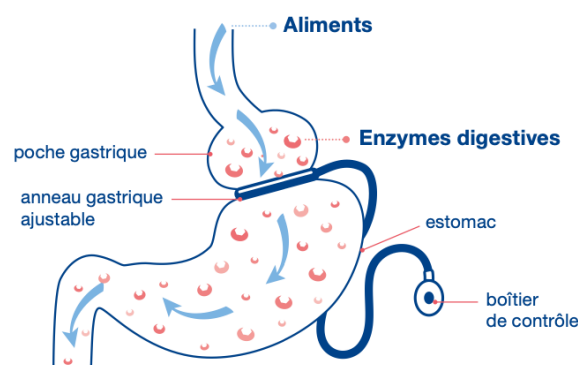


Figure 1: Montage d'un anneau gastrique ajustable (Source : HAS, 2024)

L'anneau gastrique ajustable permet de diminuer le volume de l'estomac et ralentir le passage des aliments. C'est la technique la moins invasive et elle est réversible, mais elle nécessite un suivi régulier pour le réglage du boîtier et présente un risque de glissement ou d'érosion à long terme. Son efficacité sur le poids et les comorbidités est plus limitée avec un taux de réintervention élevé à 5 ans (18).

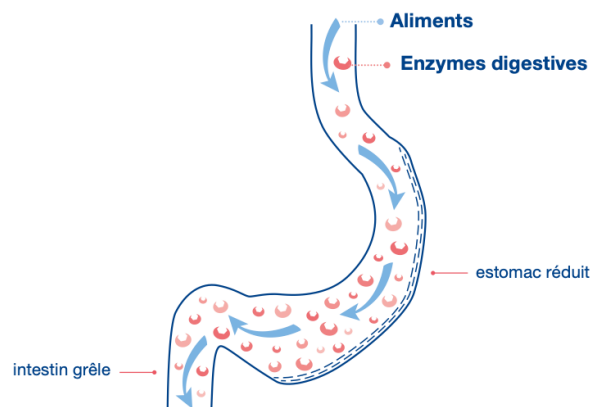


Figure 2: Technique de la Sleeve gastrectomie (Source : HAS, 2024)

La Sleeve gastrectomie (gastrectomie en manchon) consiste à retirer environ les deux tiers de l'estomac de façon longitudinale, incluant la partie sécrétant la ghréline (hormone de la faim). Elle est irréversible et ne modifie pas l'anatomie de l'intestin grêle. Elle connaît un essor marqué avec de bons résultats à moyen terme malgré des risques de complications notables (fistules, reflux gastro-œsophagien, carences ou complications neurologiques) (19).

2. Les techniques mixtes (restriction et malabsorption)

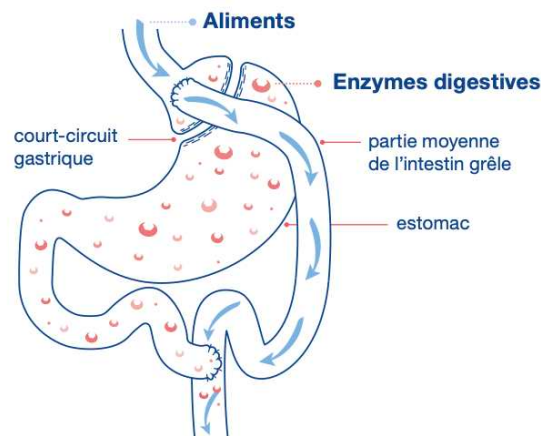


Figure 3 : Technique du Bypass gastrique en Y (Source : HAS, 2024)

Le bypass gastrique (en Y de Roux) représente environ un tiers des interventions en France. Il consiste à créer une petite poche gastrique reliée directement au jéjunum. Les aliments court-circuitent le reste de l'estomac et le duodénum. Ce montage associe une restriction alimentaire à une diminution de l'assimilation des nutriments.

Ses effets sont majeurs sur la perte de poids (estimée à 30 – 35 % du poids initial à 18 mois) mais le risque de complications spécifiques est élevé (complications chirurgicales, carences nutritionnelles sévères, complications fonctionnelles et dumping syndrome). La supplémentation vitaminique et minérale est ici systématique et à vie.

D'autres chirurgies ont été réalisées mais ne doivent plus l'être, à l'instar du bypass en Omega (ou à une seule anastomose) selon les recommandations. De nouvelles techniques sont en cours d'étude (20).

Quelle que soit la technique utilisée, la chirurgie bariatrique nécessite un suivi médical coordonné et prolongé à vie. Cette surveillance régulière est indispensable pour dépister précocement d'éventuelles carences nutritionnelles, prévenir les complications à long terme et permettre l'adaptation des traitements médicamenteux (ajustement des dosages, modification des formes galéniques ou arrêt de certaines thérapeutiques devenues inappropriées) (3,6,9,12,14).

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Type d'étude et population

Cette étude épidémiologique, descriptive, transversale et quantitative a été menée à partir d'un auto-questionnaire standardisé diffusé auprès des médecins généralistes en activité installés sur le territoire du CSO de l'Artois.



Figure 4: Cartographie du CSO de l'Artois, disponible sur <https://obesite-hdf.fr/centre-specialise-de-lobesite-artois>

L'objectif principal était d'analyser les modalités de participation de ces praticiens au parcours pré et post-chirurgie bariatrique. Les objectifs secondaires visaient à identifier leurs besoins spécifiques ainsi que leurs propositions pour optimiser la coordination ville-hôpital.

2. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été construit à partir de travaux de recherche qualitatifs préalables ayant permis d'identifier des points de rupture dans le parcours de soins post-bariatrique. (21,22)

La première section de questions recueille les données sociodémographiques et les caractéristiques de l'exercice. La pratique clinique est ensuite explorée (nombre d'opérés dans la patientèle, appréhension éventuelle ressentie par le praticien, rôle actuel dans les parcours de soin pré et postopératoire, accès aux recommandations et avis spécialisés).

Enfin, les besoins et suggestions des médecins sont recherchés dans la perspective d'optimiser la prise en soins et la coordination ville-hôpital.

Le questionnaire contient 31 questions : 19 questions posées sous forme de questionnaire à choix unique, 8 questions posées sous forme de questionnaire à choix multiples et 4 réponses ouvertes. Avant utilisation, un pré-test a été mené sur plusieurs médecins généralistes pour en vérifier la bonne compréhension. La diffusion a été multimodale :

- Par voie dématérialisée via le logiciel Limesurvey, transmis par courriel aux coordinateurs des 8 CPTS du territoire. Un flyer avec QR code a également été distribué lors de journées de formation médicale continue et répartitions de gardes de permanence de soins.
- Par voie postale auprès de 108 médecins sélectionnés de manière aléatoire via l'annuaire de l'Ordre des Médecins, incluant le questionnaire papier (annexe 1), un QR code donnant accès au questionnaire dématérialisé et une enveloppe de retour préaffranchie.

3. Recueil et analyse des données

Le recueil des données s'est déroulé du 3 juin 2025 au 8 mars 2026. Les données ont été recueillies de manière anonyme. Les réponses obtenues par voie postale ont été saisies manuellement sur la plateforme Limesurvey pour centralisation. L'analyse statistique a été réalisée après exportation des données à l'aide des logiciels Excel et R (version 4.3.1).

Les variables quantitatives sont exprimées en moyennes et d'écarts-types, et les variables qualitatives en pourcentages. Une analyse bivariée a été réalisée sur les variables qualitatives à l'aide du test du Chi2. Le test exact de Fisher a été utilisé en cas d'effectifs à certaines modalités de réponse inférieurs ou égaux à 3. Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$.

4. Éthique et aspect réglementaires

Un dossier de déclaration a été transmis auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Université de Lille et le questionnaire a été exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données (annexe 2). Le consentement des participants est recueilli par le fait de répondre volontairement au questionnaire. Les données sont strictement anonymes et ne sont pas conservées après la soutenance.

RESULTATS

1. Flux des réponses

Le recueil des données a permis de constituer un échantillon final de 65 médecins généralistes.

La diffusion étant multimodale (envois postaux avec questionnaire papier et QR code, courriels, flyers avec QR code), un même praticien a pu être sollicité par plusieurs canaux. En raison de l'anonymisation et de l'utilisation d'un lien d'accès unique, le taux de réponse global ne peut être calculé avec précision.

Sur l'ensemble des réponses 9 questionnaires ont été réceptionnés par voie postale (format papier), 56 questionnaires ont été complétés en ligne via la plateforme Limesurvey.

Le paramétrage du questionnaire imposait une réponse aux items principaux. Toutefois, concernant les données sociodémographiques (âge), une option "non précisé" ou une absence de réponse a conduit à l'analyse de 61 profils sur les 65 répondants pour cette variable spécifique. Aucune exclusion pour données manquantes n'a été nécessaire. L'analyse porte donc sur l'intégralité des 65 répondants (n=65).

2. Description de la population d'étude

Le tableau 1 résume les caractéristiques de la population étudiée. La clé de lecture est la suivante : parmi les participants à l'étude, 10 ont moins de 35 ans, ce qui représente 16,4 % du total de l'échantillon.

Variable	Ensemble de l'échantillon, N = 65	Intervalle de confiance à 95%
Age		
< 35 ans	10 (16,4%)	[8,6% ; 29%]
35-50 ans	25 (41,0%)	[29% ; 54%]
51-65 ans	25 (41,0%)	[29% ; 54%]
> 65 ans	1 (1,6%)	[0,09% ; 10%]
Mode d'exercice		
En MSP	19 (29,2%)	[19% ; 42%]
Cabinet seul	15 (23,1%)	[14% ; 35%]
Cabinet de groupe	29 (44,6%)	[32% ; 57%]
Centre de santé	3 (4,6%)	[1,2% ; 14%]
Institution	0 (0,0%)	/
Libéral strict	7 (10,8%)	[4,8% ; 22%]
Zone géographique d'exercice		
Zone urbaine	26 (40,0%)	[28% ; 53%]
Zone péri-urbaine	22 (33,8%)	[23% ; 47%]
Zone rurale	17 (26,2%)	[16% ; 39%]

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude (n=65). Pour la variable « Âge », n=61 en raison de 4 données non renseignées.

L'échantillon est composé majoritairement de praticiens expérimentés, plus de 80 % (n=50/65) des répondants ayant entre 35 et 65 ans. Le travail en groupe est largement prédominant : près de trois quarts des médecins (n=48/65) exercent en structure de groupe (cabinets de groupe ou MSP) tandis que l'exercice isolé ne concerne qu'un praticien sur quatre (n=15/65). La répartition géographique est équilibrée entre les zones urbaines, péri-urbaines et rurales.

3. Environnement professionnel et pratique

Le tableau 2 témoigne d'un contexte d'exercice favorable, 95,3 % (n=61/65) déclarant exercer à proximité d'un CSO ou d'un centre bariatrique.

Variable	Ensemble de l'échantillon, N = 65	Intervalle de confiance à 95%
Existence réseau collaborateurs (obésité)	43 (66,2%)	[53% ; 77%]
Adressage		
Diététicienne	48 (73,8%)	[61% ; 84%]
Psychologue	15 (23,1%)	[14% ; 35%]
APA ou kinésithérapeute	9 (13,8%)	[6,9% ; 25%]
Infirmière Asalée ou IPA	6 (9,2%)	[3,8% ; 20%]
Non concerné	14 (21,5%)	[13% ; 34%]
Proximité CSO ou centre bariatrique	61 (95,3%)	[86% ; 99%]
Nombre estimé de patients opérés en patientèle		
Moins de 10	36 (55,4%)	[43% ; 68%]
Entre 10 et 50	29 (44,6%)	[32% ; 57%]

Tableau 2 : Environnement professionnel et pratique (n=65)

Cette proximité s'accompagne d'un recours fréquent au réseau de soins : deux tiers (n=43/65) des praticiens s'appuient sur un réseau de collaborateurs spécifiques. Le recours au diététicien est largement majoritaire (73,8 %, n=48/65), suivi par les psychologues et les professionnels de l'activité physique adaptée (APA) ou kinésithérapeutes. À l'inverse, 21,5 % (n=14/65) des répondants déclarent ne pas avoir recours à cet adressage paramédical.

4. Pratiques d'orientation et positionnement professionnel

Le tableau 3 s'intéresse aux modalités de suivi et d'orientation des patients opérés par les médecins généralistes. Le suivi annuel reste largement aléatoire, 64,6 % (n=42/65) des médecins déclarant qu'il s'effectue rarement à leur initiative ou à celle du patient. L'orientation du patient est marquée par une forte autonomie, avec une part importante de recours « à l'insu du médecin » (58,5 %, n=38/65).

Variable	Ensemble de l'échantillon, N = 65	Intervalle de confiance à 95%
Suivi annuel		
A la demande du patient	11 (16,9%)	[9,1% ; 29%]
A la demande du médecin	4 (6,2%)	[2,0% ; 16%]
Rarement	42 (64,6%)	[52% ; 76%]
Jamais	12 (18,5%)	[10% ; 30%]
Orientation		
Demande patient + équipe connue	50 (76,9%)	[65% ; 86%]
Demande patient + recherche autonome	10 (15,4%)	[8,0% ; 27%]
Reco médecin + équipe connue	37 (56,9%)	[44% ; 69%]
Suggestion médecin + recherche autonome	3 (4,6%)	[1,2% ; 14%]
A l'insu du médecin	38 (58,5%)	[46% ; 70%]

Tableau 3 : Modalités de suivi annuel et caractéristiques de l'orientation des patients opérés (n=65)

Concernant la phase préopératoire (figure 5 et 6), le sentiment de mise à l'écart est prédominant avec 66,2 % (n=43/65) des praticiens concernés. Seul un tiers de l'effectif (32,3 %, n=21/65) déclare guider le patient de son côté. Une nette majorité de 60 % (n=39/65) préfère déléguer le parcours à une équipe spécialisée alors que 40 % expriment un souhait d'investissement plus important.

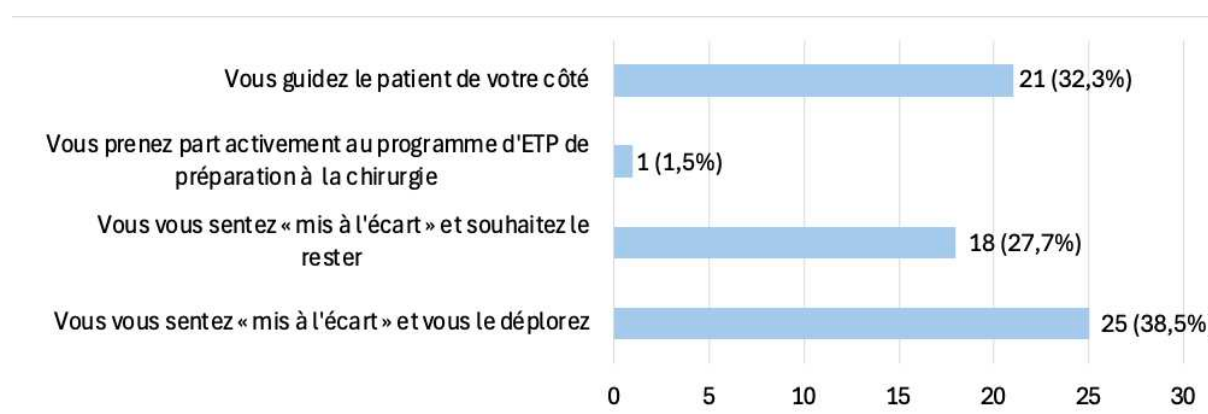


Figure 5 : Répartition des rôles actuels perçus par les praticiens dans le parcours préopératoire (n=65). (Question : « Quelle part prenez-vous actuellement dans le parcours de soin préopératoire de vos patients ? »)

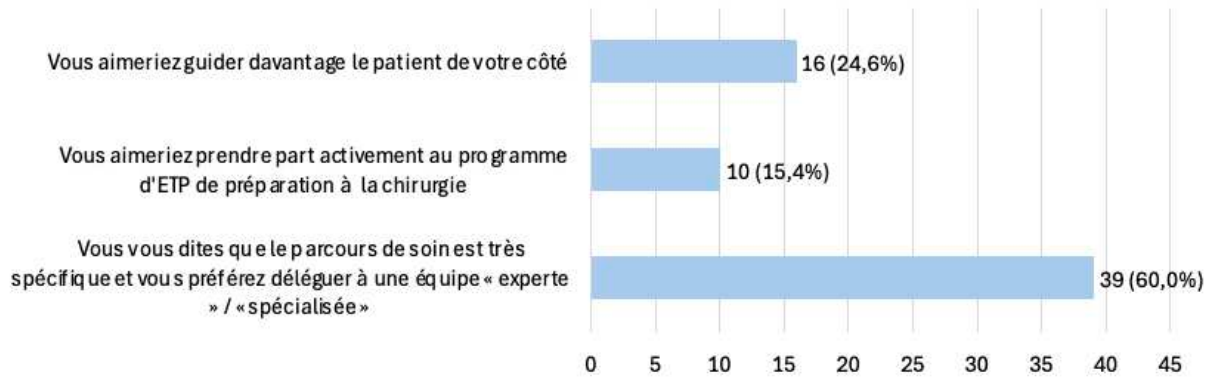


Figure 6 : Attentes et souhaits de positionnement des praticiens dans le parcours préopératoire (n=65). (Question : « Quelle part aimeriez-vous tenir dans le parcours de soin préopératoire de vos patients ? »)

En phase post-opératoire (figure 7 et 8), le sentiment de mise à l'écart diminue mais reste notable (33,9 %, n=22/65). Concernant les attentes, la volonté de délégation reste majoritaire (50,8 %, n=31/61), bien que le souhait de guider davantage le patient progresse par rapport à la phase préopératoire pour atteindre 34,4 % (n=21/61).

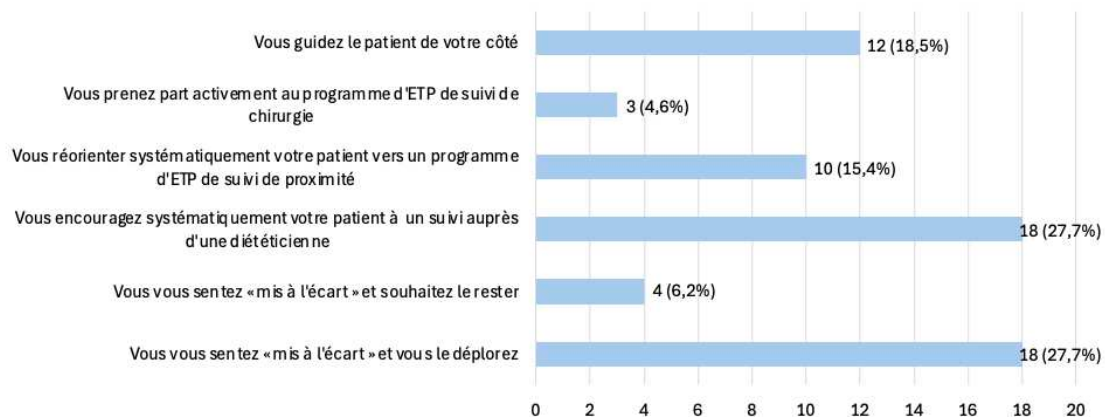


Figure 7 : Répartition des rôles actuels perçus par les praticiens dans le suivi post-opératoire (n=65). (Question : « Quelle part prenez-vous actuellement dans le parcours de soin post-opératoire de vos patients ? »)

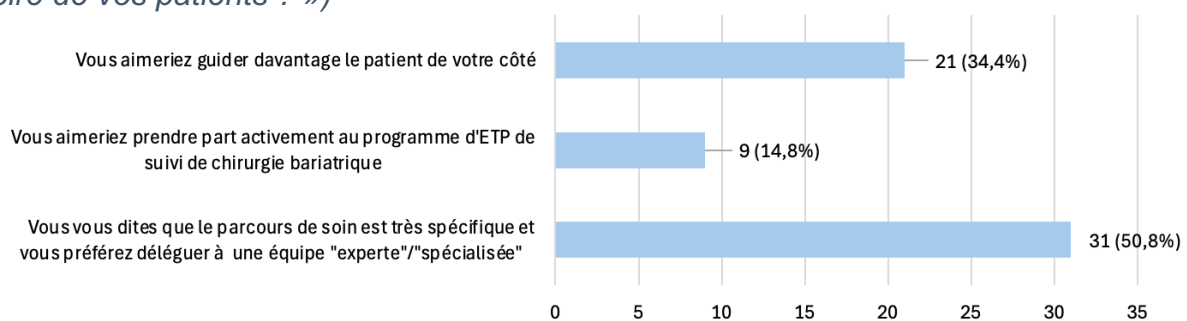


Figure 8 : Attentes et souhaits de positionnement des praticiens dans le suivi post-opératoire (n=65). (Question : « Quelle part aimeriez-vous tenir dans le parcours de soin post-opératoire de vos patients ? »)

5. Ressources, besoins et opinions des praticiens

Le tableau 4 renseigne sur l'accès à l'expertise et la gestion des complications. L'avis chirurgical est jugé facile par 56,9 % (n=37/65) des médecins. À l'inverse, l'avis nutritionnel est perçu comme difficile par 66,2 % (n=43/65) des répondants.

En cas de complication, les praticiens privilégient le recours à un rendez-vous rapide via le secrétariat (64,6 %, n=42/65) plutôt que les lignes téléphoniques directes.

Variable	Ensemble de l'échantillon, N = 65	Intervalle de confiance à 95%
Facilité d'avis : Nutrition		
Difficile	43 (66,2%)	[53% ; 77%]
Facile	22 (33,8%)	[23% ; 47%]
Facilité d'avis : Chirurgie		
Difficile	28 (43,1%)	[31% ; 56%]
Facile	37 (56,9%)	[44% ; 69%]
Contact complication		
Tél direct médecin	24 (36,9%)	[26% ; 50%]
Tél direct chirurgien	25 (38,5%)	[27% ; 51%]
Tél direct membre équipe	34 (52,3%)	[40% ; 65%]
RDV rapide secrétariat	42 (64,6%)	[52% ; 76%]

Tableau 4 : Modalités d'accès à l'expertise et contacts en cas de complication (n=65)

Les besoins en outils et organisation du parcours sont illustrés dans le tableau 5. Les praticiens privilégient les supports d'aide à la consultation, avec une attente majeure pour des fiches synthétiques (81,5 %, n=53/65) et des documents d'information pour les patients (70,8 %, n=46/65). Concernant l'organisation, le souhait d'un lien direct avec l'équipe (66,2 %, n=43/65) et le développement d'ETP de proximité (56,9 %, n=37/65) sont les deux leviers de parcours les plus cités.

Variable	Ensemble de l'échantillon, N = 65	Intervalle de confiance à 95%
Besoins parcours		
ETP de proximité	37 (56,9%)	[44% ; 69%]
Collaborateurs identifiés	31 (47,7%)	[35% ; 60%]
Maison sport santé	27 (41,5%)	[30% ; 54%]
Lien direct équipe	43 (66,2%)	[53% ; 77%]
Autre		
Déjà en place	1 (25,0%)	[1,3% ; 78%]
Poursuite du suivi nutritionnel en post op	1 (25,0%)	[1,3% ; 78%]
Suivi informatique	1 (25,0%)	[1,3% ; 78%]
Rien	1 (25,0%)	[1,3% ; 78%]
Besoins outils		
Fiches synthétiques	53 (81,5%)	[70% ; 90%]
Documents patients	46 (70,8%)	[58% ; 81%]
Autre		
Des courriers de intervenants	1 (33,3%)	[1,8% ; 87%]
Le patient ou le secrétariat nous transmet directement une fiche de suivi	1 (33,3%)	[1,8% ; 87%]
Prescription sur téléphone	1 (33,3%)	[1,8% ; 87%]

Tableau 5 : Attentes en outils et organisation du parcours (n=65)

Le tableau 6 s'intéresse aux opinions et intuitions concernant le suivi. Une réserve importante sur la reprise de poids à long terme est présente pour 81,5 % (n=53/65) des médecins interrogés alors que l'efficacité à 2 ans n'est jugée "spectaculaire" que par 30,8 % (n=20/65) d'entre eux. Enfin, 81,5 % (n=53/65) estiment que le suivi des cas non complexes devrait être organisé en alternance avec l'équipe opératoire.

Variable	Ensemble de l'échantillon, N = 65	Intervalle de confiance à 95%
Intuition		
Efficacité spectaculaire (2 ans)	20 (30,8%)	[20% ; 44%]
Réserve sur la reprise de poids	53 (81,5%)	[70% ; 90%]
Réserve sur les complications	24 (36,9%)	[26% ; 50%]
Avis sur le suivi hors cas complexes		
Devrait être organisé en alternance avec l'équipe opératoire	53 (81,5%)	[70% ; 90%]
Devrait s'inscrire dans les soins primaires	12 (18,5%)	[10% ; 30%]
Capacité à assurer le suivi des « perdus de vue »	31 (47,7%)	[35% ; 60%]

Tableau 6 : Opinions et intuitions des praticiens sur le suivi (n=65)

6. Ressenti des praticiens et constitution des groupes d'étude

Le ressenti des médecins généralistes face à l'antécédent de chirurgie bariatrique chez leurs patients a été évalué par une question à choix unique afin de servir de base à l'analyse bivariée. Les résultats montrent que 61,5 % (n=40/65) des praticiens déclarent que cet antécédent ne leur pose pas de problème, 30,8 % (n=20/65) se sentent en difficulté et 7,7 % (n=5/65) se sentent démunis.

Afin de mettre en évidence les facteurs influençant ce ressenti, l'échantillon a été scindé en deux groupes distincts :

- Le groupe « Pas de problème particulier » (n=40/65) réunissant les médecins n'éprouvant pas de difficulté particulière.
- Le groupe « Appréhension » (n=25/65) regroupant les praticiens se déclarant « en difficulté » ou « démunis ».

7. Analyse bivariée

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant l'âge, le mode d'exercice, la zone géographique ou le rôle actuel et souhaité (tableau 7). Une tendance statistique s'observe chez les médecins prenant en charge plus de 10 patients opérés, semblant plus souvent appartenir au groupe « Pas de problème particulier » (55,0 % n=22/65 contre 28,0 % n=7/65 ; p=0,061).

Variable	Ensemble de l'échantillon, N = 65	Pas de problème particulier N = 40	Appréhension, N = 25	P-valeur
Age				0,280
< 35 ans	10 (16,4%)	4 (10,5%)	6 (26,1%)	
35-50 ans	25 (41,0%)	15 (39,5%)	10 (43,5%)	
51-65 ans	25 (41,0%)	18 (47,4%)	7 (30,4%)	
> 65 ans	1 (1,6%)	1 (2,6%)	0 (0,0%)	
Mode d'exercice				
En MSP	19 (29,7%)	12 (30,0%)	7 (28,0%)	> 0,99
Cabinet seul	14 (21,9%)	11 (27,5%)	4 (16,0%)	0,442
Cabinet de groupe	29 (45,3%)	16 (40,0%)	13 (52,0%)	0,49
Centre de santé	3 (4,7%)	1 (2,5%)	2 (8,0%)	0,554
Institution	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	/
Libéral strict	7 (10,9%)	3 (7,5%)	4 (16,0%)	0,415
Zone géographique d'exercice				0,507
Zone urbaine	26 (40,6%)	18 (45,0%)	8 (32,0%)	
Zone péri-urbaine	22 (34,4%)	12 (30,0%)	10 (40,0%)	
Zone rurale	16 (25,0%)	10 (25,0%)	7 (28,0%)	
Existence réseau collaborateurs (obésité)	42 (65,6%)	28 (70,0%)	15 (60,0%)	0,576
Adressage				
Diététicienne	47 (73,4%)	32 (80,0%)	16 (64,0%)	0,255
Psychologue	15 (23,4%)	11 (27,5%)	4 (16,0%)	0,442
APA ou kinésithérapeute	9 (14,1%)	4 (10,0%)	5 (20,0%)	0,288
Infirmière Asalée ou IPA	6 (9,4%)	4 (10,0%)	2 (8,0%)	> 0,99
Non concerné	14 (21,9%)	6 (15,0%)	8 (32,0%)	0,268
Proximité CSO ou centre bariatrique	60 (95,2%)	37 (92,5%)	24 (100,0%)	0,286
Nombre estimé de patients opérés en patientèle				0,061*
Moins de 10	36 (56,3%)	18 (45,0%)	18 (72,0%)	
Entre 10 et 50	28 (43,8%)	22 (55,0%)	7 (28,0%)	

Tableau 7 : Analyse bivariable des caractéristiques sociodémographiques et modalités d'exercice (n=65)

Variable	Ensemble de l'échantillon, N = 65	Pas de problème particulier N = 40	Appréhension, N = 25	P-valeur
Suivi annuel				
A la demande du patient	11 (17,2%)	5 (12,5%)	6 (24,0%)	0,388
A la demande du médecin	4 (6,3%)	2 (5,0%)	2 (8,0%)	0,635
Rarement	42 (65,6%)	27 (67,5%)	15 (60,0%)	0,727
Jamais	11 (17,2%)	7 (17,5%)	5 (20,0%)	> 0,99
Orientation				
Demande patient + équipe connue	49 (76,6%)	32 (80,0%)	18 (72,0%)	0,658
Demande patient + recherche autonome	10 (15,6%)	5 (12,5%)	5 (20,0%)	0,644
Reco médecin + équipe connue	36 (56,3%)	22 (55,0%)	15 (60,0%)	0,89
Suggestion médecin + recherche autonome	3 (4,7%)	1 (2,5%)	2 (8,0%)	0,554
A l'insu du médecin	37 (57,8%)	24 (60,0%)	14 (56,0%)	0,952
Rôle actuel en pré-opératoire				0,306
Vous guidez le patient de votre côté	20 (31,3%)	15 (37,5%)	6 (24,0%)	
Vous prenez part activement au programme d'ETP de préparation à la chirurgie	1 (1,6%)	0 (0,0%)	1 (4,0%)	
Vous vous sentez « mis à l'écart » et souhaitez le rester	18 (28,1%)	12 (30,0%)	6 (24,0%)	
Vous vous sentez « mis à l'écart » et vous le déplorez	25 (39,1%)	13 (32,5%)	12 (48,0%)	
Rôle souhaité en pré-opératoire				0,516
Vous aimeriez guider davantage le patient de votre côté	16 (25,0%)	8 (20,0%)	8 (32,0%)	
Vous aimeriez prendre part activement au programme d'ETP de préparation à la chirurgie	9 (14,1%)	6 (15,0%)	4 (16,0%)	
Vous vous dites que le parcours de soin est très spécifique et vous préférez déléguer à une équipe « experte » / « spécialisée »	39 (60,9%)	26 (65,0%)	13 (52,0%)	
Rôle actuel en post-opératoire				0,790
Vous encouragez systématiquement votre patient à un suivi auprès d'une diététicienne	18 (28,1%)	11 (27,5%)	7 (28,0%)	
Vous guidez le patient de votre côté	11 (17,2%)	9 (22,5%)	3 (12,0%)	
Vous prenez part activement au programme d'ETP de suivi de chirurgie	3 (4,7%)	2 (5,0%)	1 (4,0%)	
Vous réorienter systématiquement votre patient vers un programme d'ETP de suivi de proximité	10 (15,6%)	7 (17,5%)	3 (12,0%)	
Vous vous sentez « mis à l'écart » et souhaitez le rester	4 (6,3%)	2 (5,0%)	2 (8,0%)	
Vous vous sentez « mis à l'écart » et vous le déplorez	18 (28,1%)	9 (22,5%)	9 (36,0%)	
Rôle souhaité en post-opératoire				0,590
Vous aimeriez guider davantage le patient de votre côté	21 (34,4%)	15 (39,5%)	6 (26,1%)	
Vous aimeriez prendre part activement au programme d'ETP de suivi de chirurgie bariatrique	9 (14,8%)	5 (13,2%)	4 (17,4%)	
Vous vous dites que le parcours de soin est très spécifique et vous préférez déléguer à une équipe "experte"/"spécialisée"	31 (50,8%)	18 (47,4%)	13 (56,5%)	

Tableau 8 : Analyse bivariable des pratiques et attentes des médecins généralistes en fonction de leur ressenti face à l'antécédent de chirurgie bariatrique (n=65)

La maîtrise déclarée des différents types de chirurgies est un facteur discriminant majeur ($p < 0,01$, figures 9 et 10). En effet, 37,5 % ($n=15/40$) des médecins du groupe « Pas de problème particulier » déclarent maîtriser les trois types de chirurgies. À l'inverse, 52 % ($n=13/25$) des médecins du groupe « Appréhension » déclarent n'en maîtriser aucune avec 56% ($n=14/25$) déclarant être en difficulté avec les trois types.

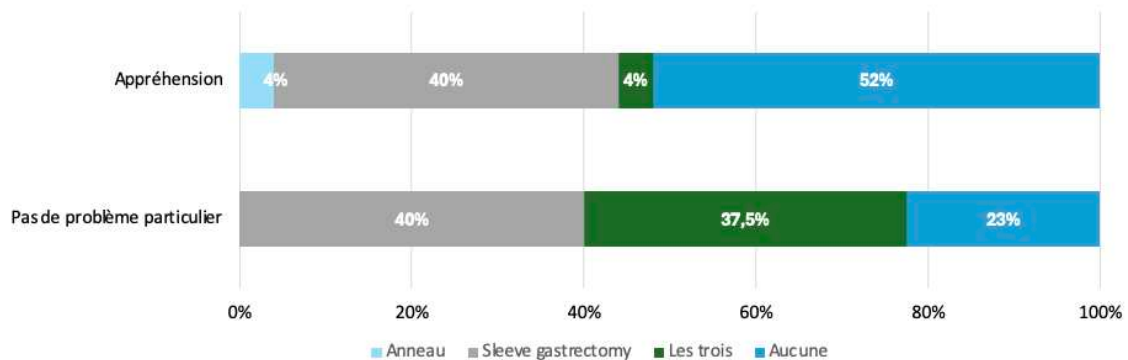


Figure 9 : Analyse bivariée des types de chirurgies bariatriques maîtrisés ($p < 0,01$)

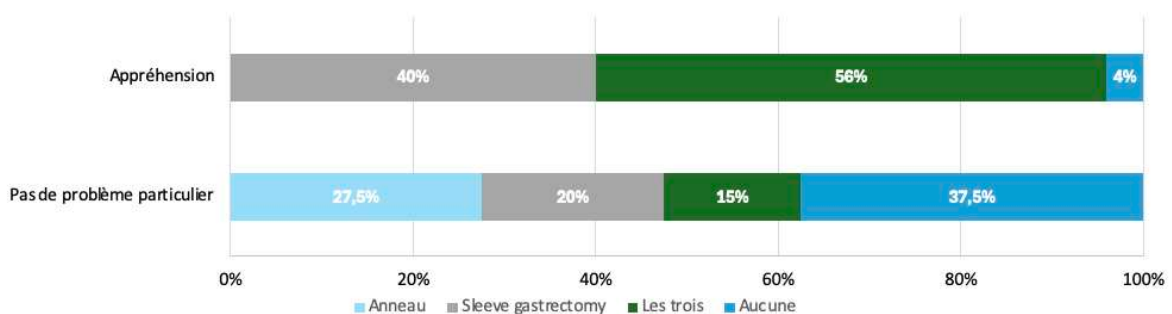


Figure 10 : Analyse bivariée des types de chirurgies bariatriques où des difficultés sont éprouvées ($p < 0,01$)

La possession de recommandations pour le suivi des complications possibles est fortement corrélée au sentiment d'aisance ($p < 0,01$, figure 11). Il en est de même pour les recommandations concernant les projets de grossesse ($p = 0,016$).

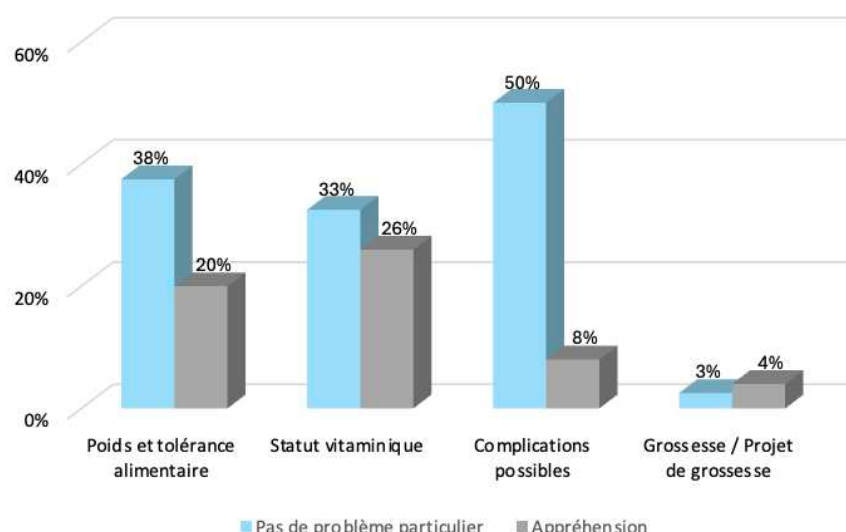


Figure 51 : Analyse bivée de la possession de recommandations de suivi post-opératoire (n=65)

Une tendance statistique est observée concernant la facilité d'accès à un avis chirurgical (tableau 9) : jugé aisé par 67,5% (n=27/40) des médecins dans le groupe « Pas de Problème » contre 40% (n=10/25) dans le groupe « Appréhension » (p=0,055).

Variable	Ensemble de l'échantillon, N = 65	Pas de problème particulier N = 40	Appréhension, N = 25	P-valeur
Informations transmises par l'équipe opératoire	16 (25,0%)	11 (27,5%)	5 (20,0%)	0,339
Auto-formation (FMC) nécessaire sur le sujet	29 (45,3%)	15 (37,5%)	14 (56,0%)	0,229
Facilité d'avis : Nutrition				0,105
Difficile	42 (65,6%)	23 (57,5%)	20 (80,0%)	
Facile	22 (34,4%)	17 (42,5%)	5 (20,0%)	
Facilité d'avis : Chirurgie				0,055*
Difficile	27 (42,2%)	13 (32,5%)	15 (60,0%)	
Facile	37 (57,8%)	27 (67,5%)	10 (40,0%)	
Contact complication				
Tél direct médecin	24 (37,5%)	12 (30,0%)	12 (48,0%)	0,231
Tél direct chirurgien	25 (39,1%)	12 (30,0%)	13 (52,0%)	0,131
Tél direct membre équipe	33 (51,6%)	22 (55,0%)	12 (48,0%)	0,768
RDV rapide secrétariat	42 (65,6%)	24 (60,0%)	18 (72,0%)	0,473

Tableau 9 : Analyse bivée des modalités d'accès à l'expertise et contacts en cas de complication (n=65)

Concernant les besoins en outils (tableau 10), 96% (n=24/25) des praticiens du groupe « Appréhension » expriment un besoin de fiches synthétiques, contre 72,5% (n=29/40) dans le groupe « Pas de problème particulier » (p=0,041). Une tendance statistique s'observe dans le

besoin en collaborateurs identifiés dans le cadre du parcours de soins, souhaité par 64% (n=16/25) dans le groupe « Appréhension » contre 37,5% (n=15/40) dans le groupe « Pas de problème particulier » (p=0,068).

Variable	Ensemble de l'échantillon, N = 65	Pas de problème particulier N = 40	Appréhension, N = 25	P-valeur
Besoins parcours				
ETP de proximité	37 (57,8%)	23 (57,5%)	14 (56,0%)	> 0,99
Collaborateurs identifiés	31 (48,4%)	15 (37,5%)	16 (64,0%)	0,068*
Maison sport santé	27 (42,2%)	17 (42,5%)	10 (40,0%)	> 0,99
Lien direct équipe	42 (65,6%)	23 (57,5%)	20 (80,0%)	0,111
Autre				> 0,99
Déjà en place	1 (25,0%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	
Poursuite du suivi nutritionnel en post op	1 (25,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)	
Suivi informatique	1 (25,0%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	
Rien	1 (25,0%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	
Besoins outils				
Fiches synthétiques	52 (81,3%)	29 (72,5%)	24 (96,0%)	0,041**
Documents patients	45 (70,3%)	30 (75,0%)	16 (64,0%)	0,504
Autre				> 0,99
Des courriers de intervenants	1 (33,3%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)	
Le patient ou le secrétariat nous transmet directement une fiche de suivi	1 (33,3%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	
Prescription sur téléphone	1 (33,3%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	

Tableau 10 : Analyse bivariable des besoins en outils et organisation du parcours (n=65)

Finalement, le suivi des « perdus de vue », 62,5% (n=25/40) des médecins appartenant au groupe « Pas de problème particulier » déclarent avoir la capacité de l'assurer contre 24% (n=6/25) dans le groupe « Appréhension » (tableau 11, p<0,01).

Variable	Ensemble de l'échantillon, N = 65	Pas de problème particulier N = 40	Appréhension, N = 25	P-valeur
Intuition				
Efficacité spectaculaire (2 ans)	19 (29,7%)	15 (37,5%)	5 (20,0%)	0,173
Réserve sur la reprise de poids	52 (81,3%)	31 (77,5%)	22 (88,0%)	0,464
Réserve sur les complications	24 (37,5%)	11 (27,5%)	13 (52,0%)	0,084*
Avis sur le suivi hors cas complexes				> 0,99
Devrait être organisé en alternance avec l'équipe opératoire	52 (81,3%)	33 (82,5%)	20 (80,0%)	
Devrait s'inscrire dans les soins primaires	12 (18,8%)	7 (17,5%)	5 (20,0%)	
Capacité à assurer le suivi des « perdus de vue »	30 (46,9%)	25 (62,5%)	6 (24,0%)	< 0,01***

Tableau 11 : Analyse bivariable des opinions et intuitions des praticiens sur le suivi (n=65)

8. Analyse des réponses ouvertes

Les suggestions et besoins des praticiens ont été recueillis afin d'identifier les axes d'amélioration du parcours de soins (Annexe 3).

Le manque d'information est le frein le plus cité par les médecins interrogés. Certains déplorent l'absence de retour après certaines consultations spécialisées : « *Parfois les patients sont opérés sans qu'on le sache [...] on ne peut donc pas prendre le relai* ». Plusieurs suggèrent que l'équipe hospitalière envoie un courrier systématique au médecin traitant en cas d'absence du patient aux rendez-vous de suivi obligatoires. L'utilisation de plateformes de communication (Omnidoc) ou du DMP est plébiscitée par certains.

Un besoin de formation et de ressources pédagogiques est fortement exprimé : « *Améliorer la formation initiale lors de l'internat/externat et faire des FMC dédiées* », « *Fiche pratique type check-list de suivi selon le type de chirurgie* », « *Site Bariaclic [...] pour que le médecin de ville instaure un suivi clinicobiologique conforme aux recommandations* ».

La prise en charge globale du patient apparaît comme un point majeur à améliorer : « *Je pense que la dimension psychologique reste sous-considérée (rapport émotionnel à l'alimentation) et que les RHD / activité physique / psychothérapie devraient être plus centraux* », « *Un accompagnement psychologique plus important en post opératoire* ».

Enfin, les réponses témoignent d'un souhait de reconnaissance et de définition du rôle du médecin généraliste : « *Demande d'avis du médecin traitant sur la pertinence de la chirurgie (en particulier concernant des antécédents ou habitudes du patient non signalés par le patient...)* », « *Connaitre ce qu'attend l'équipe "experte" du suivi du MT, notre place dans ce dispositif* ».

Toutefois, le manque de temps reste l'obstacle majeur à cette implication : « *Du temps afin de pouvoir gérer tous les aspects pris en compte dans la bariatrique (psycho, nutri, gastro, pneumo, cardio) impossible sur une simple consultation* ». Pour certains le maintien de l'organisation actuelle est justifié : « *Je ne souhaite pas être impliqué davantage, je n'en ai pas le temps* », « *La situation actuelle me convient* ».

DISCUSSION

1. Résumé des principaux résultats

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le ressenti et les pratiques des médecins généralistes du territoire de l'Artois concernant le suivi péri-opératoire des patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique.

Les résultats mettent en évidence une population de praticiens expérimentés, exerçant majoritairement en groupe et bénéficiant d'une répartition géographique équilibrée à proximité immédiate d'un CSO ou d'un centre bariatrique. Bien qu'ils disposent d'un réseau de collaborateurs spécifiques et jugent l'accès à un avis chirurgical relativement facile, des difficultés sont signalées pour obtenir un avis nutritionnel spécialisé.

Un paradoxe important ressort de notre travail : une large majorité des médecins s'accorde sur la pertinence d'un suivi alterné entre la ville et l'hôpital pour les cas non complexes avec pour certains un fort sentiment de mise à l'écart. Cependant, on note un net souhait de désengagement pratique. Seule une minorité de praticiens estime que ce suivi relève des soins primaires. La majeure partie d'entre eux s'accommode de l'organisation actuelle et préfère déléguer la prise en charge à une équipe hospitalière « experte ».

Dans l'analyse bivariée, on constate que le sentiment d'aisance du médecin généraliste est directement corrélé au volume de sa patientèle opérée, à sa maîtrise théorique des différentes techniques chirurgicales, ainsi qu'à la possession de recommandations spécifiques. Les praticiens se déclarant « À l'aise » s'estiment davantage capables de réintégrer les patients perdus de vue.

Enfin, les données qualitatives viennent éclairer ces blocages en identifiant trois freins universels : un manque crucial d'information et de retour de la part des équipes hospitalières, un déficit de formation dédiée et une contrainte temporelle forte. L'accès direct à des secrétariats dédiés, l'intégration d'outils et la mise à disposition de fiches synthétiques ou de documents d'information constituent les leviers d'amélioration les plus plébiscités.

2. Comparaison avec la littérature

Notre étude met en évidence une population de médecins généralistes expérimentés, exerçant majoritairement en groupe et installés à proximité immédiate d'un CSO ou d'un centre bariatrique. Cet ancrage territorial et l'exercice coordonné favorisent un parcours de soins fluide et une équité dans l'accès au suivi, comme le suggère la littérature (8,23).

Pourtant, nos résultats révèlent une inégalité dans l'accès aux avis spécialisés : alors que le recours à un avis chirurgical est jugé facile par une large majorité de notre effectif, l'accès à un avis nutritionnel spécialisé s'avère difficile. Une étude descriptive qualitative menée au sein de la même région, soulignait déjà les difficultés de coordination et les freins rencontrés par les médecins généralistes de la région lors du suivi post bariatrique. Une thèse d'exercice en Midi-Pyrénées retrouvait également cette asymétrie d'accès aux correspondants avec un manque de professionnels spécialisés en nutrition, constituant un frein à la prise en charge correcte des patients en soins primaires (13,24).

Pour pallier cette carence en ressources médicales spécialisées, les recommandations de la HAS insistent sur la nécessité de s'appuyer sur des professionnels paramédicaux de proximité (diététiciens, psychologues). Toutefois, comme le soulignent nos résultats qualitatifs et certaines études descriptives, l'absence de prise en charge financière (remboursement) de ces consultations paramédicales en ville limite leurs possibilités et incite à promouvoir un suivi pluridisciplinaire hospitalier (5,25).

Le résultat le plus marquant de notre travail réside dans la contradiction entre les intentions affichées par les praticiens et leur positionnement réel sur le terrain. Si une large majorité d'entre eux valide l'idée d'un suivi alterné entre la ville et l'hôpital pour les patients stables, la réalité montre un net souhait de désengagement pratique, seuls 18 % estimant que ce suivi relève pleinement des soins primaires. Les praticiens préfèrent déléguer l'intégralité du parcours à une équipe hospitalière jugée « experte ». Ce phénomène est documenté dans la littérature : le médecin traitant soutient l'idée d'un ancrage territorial du suivi, mais tend à passer le relais après

l'intervention, se considérant comme un spectateur d'un parcours hyper-spécialisé (8,26).

Les difficultés et l'insécurité ressenties par les médecins interrogés ont également été décrites dans certaines études, reflétant un recours aux centres experts face à la complexité des complications potentielles (médicales, chirurgicales, psychiatriques ou carentielles) (13,25).

Pourtant, cette volonté de délégation se heurte aux recommandations nationales actuelles. Les dernières recommandations de la HAS réclament une intégration forte et précoce du médecin généraliste face au volume croissant de patients opérés et au risque majeur de patients perdus de vue, difficilement absorbables par les centres référents. Ce souhait d'externalisation du suivi par les autorités dans un objectif de désengorgement des structures s'oppose à l'organisation actuelle revendiquée par une partie des médecins interrogés (5,23).

L'analyse bivariée de notre étude montre que le sentiment d'aisance du médecin généraliste est statistiquement corrélé au volume de sa patientèle opérée, à sa maîtrise théorique des différentes techniques chirurgicales, ainsi qu'à la possession de recommandations spécifiques. Les données de la littérature mettent en évidence une corrélation étroite entre le niveau de connaissances théoriques des généralistes (notamment sur les suppléments vitaminiques ou les complications à long terme) et leur facilité à s'impliquer activement dans le suivi. L'exposition régulière à cette patientèle spécifique permet de briser la représentation d'une discipline "hyper-spécialisée" et inaccessible (24,25).

De plus, les praticiens se déclarant « À l'aise » s'estiment également davantage capables de réintégrer les patients perdus de vue dans le parcours de soins, enjeu majeur des préoccupations actuelles en chirurgie bariatrique. Comme décrit dans les travaux disponibles, le taux de non-observance et de rupture de suivi augmente de façon exponentielle après la deuxième année post-opératoire. La littérature internationale souligne que le médecin généraliste est souvent le seul filet de sécurité capable de repérer un patient en rupture de suivi hospitalier lors d'une consultation pour un autre motif. Toutefois, cette vigilance ne peut s'opérer que si le médecin possède les outils et les repères nécessaires (recommandations, arbres décisionnels)

pour aborder le sujet et réorienter efficacement le patient (27,28,29).

Les données qualitatives de notre étude ont permis d'identifier trois freins en médecine générale : un manque d'information et de retour de la part des équipes hospitalières, un déficit de formation dédiée et une contrainte temporelle forte en consultation.

Le manque de temps et de formation (initiale comme continue) sont constamment rapportés dans la littérature, la charge de travail en soins primaires rendant difficile l'appropriation de suivis lourds et protocolisés sans outils d'aide à la consultation. Le sentiment d'isolement des généralistes est accentué par la rareté des courriers de sortie ou des comptes-rendus de suivi hospitalier, laissant les médecins traitants dans l'ignorance des spécificités chirurgicales propres à chaque patient (3,13,25).

Pour lever ces barrières, les professionnels interrogés plébiscitent des solutions concrètes afin d'optimiser le temps médical : l'accès direct à des secrétariats dédiés, l'intégration d'outils d'ETP de proximité et la mise à disposition de fiches synthétiques ou de documents d'information. C'est dans cette perspective d'amélioration de la coordination ville-hôpital que s'inscrivent des études sur l'intégration du médecin généraliste via des outils de télésurveillance. Ce type de dispositif numérique permet d'assurer un lien direct avec l'équipe hospitalière experte notamment concernant les aspects complexes, sans alourdir sa charge de travail (29).

3. Forces et limites de l'étude

a. Forces

La première force de l'étude réside dans le choix d'un territoire cible restreint et homogène. L'étude était initialement organisée à destination des médecins des Hauts-de-France mais, au vu des disparités en termes d'accès aux soins et d'organisation du parcours bariatrique sur le territoire régional, il a été décidé de concentrer notre analyse sur le secteur de référence du CSO de l'Artois.

Ce travail s'intègre également dans des problématiques actuelles en santé publique : d'une part, l'augmentation exponentielle du nombre de patients opérés de chirurgie bariatrique

et, d'autre part, l'engorgement des structures hospitalières.

Sur le plan méthodologique, la diffusion multimodale, combinant les envois numériques et le format papier, a permis de diversifier les profils des répondants au sein du territoire, notamment pour les praticiens moins enclins à répondre aux enquêtes en ligne.

b. Limites

La principale limite de notre travail réside dans la faiblesse de notre échantillon, avec seulement 65 questionnaires exploitables recueillis sur un bassin estimé à 836 médecins généralistes d'après une cartographie Comersis réalisée à partir des données d'une étude de la DREES de 2022. Ce faible taux de participation (environ 7,8%) expose notre étude à un biais de non-réponse. Les résultats statistiques issus de l'analyse bivariée doivent être interprétés avec prudence et ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population des omnipraticiens (30).

Un probable biais de sélection est également induit car les praticiens ayant pris le temps de répondre peuvent être déjà sensibilisés, formés ou intéressés par la thématique de l'obésité et de la chirurgie bariatrique.

4. Perspectives

Notre étude a permis d'identifier des pistes d'amélioration de l'articulation entre la médecine de ville et les centres experts à l'échelle locale et nationale.

Le besoin de fiches synthétiques et d'outils exprimé par les praticiens appelle à une systématisation des ressources d'aide à la consultation. Le développement d'applications numériques ou de plateformes d'avis en ligne doit être encouragé pour offrir des arbres décisionnels clairs et immédiatement accessibles en cours de consultation. Au-delà des simples guides, l'intégration des médecins généralistes dans des protocoles de télésurveillance, représente une perspective envisageable. Ce type d'outil sécuriserait le suivi, permettrait une alerte précoce en cas de complication ou de carence, tout en respectant le souhait de s'appuyer sur l'expertise hospitalière sans alourdir leur temps de travail.

L'analyse bivariable a démontré un lien direct entre la maîtrise théorique des différents types de chirurgie, la possession de recommandations spécifiques et le sentiment d'aisance clinique. La formation des médecins est donc un enjeu prioritaire. Des formations courtes, validantes au titre du Développement Professionnel Continu (DPC), pourraient être organisées, idéalement avec intervention des CSO ou centres bariatriques du territoire afin que la formation soit également l'occasion d'une rencontre physique entre les différents intervenants. L'objectif serait de diffuser des messages clés et standardisés, notamment sur le dépistage des carences vitaminiques à long terme et la gestion des complications courantes, renforçant le sentiment de compétence des généralistes et la communication ville-hôpital.

Face à la pénurie de correspondants médicaux spécialisés (nutritionnistes, endocrinologues), l'avenir du suivi post-bariatrique repose sur une délégation de tâches et un travail d'équipe au plus proche du patient. Il apparaît indispensable de structurer des réseaux locaux pluriprofessionnels incluant diététiciens, psychologues et enseignants en APA. Une réflexion nationale sur le remboursement par l'Assurance Maladie de ces consultations paramédicales en ville semble indispensable. À l'échelle de l'Artois, la création d'un annuaire territorial de professionnels formés, partagé via les CPTS, permettrait au médecin généraliste de coordonner efficacement le suivi du patient opéré.

Enfin, nos travaux montrent qu'en l'état actuel des choses, au vu des différents freins identifiés, les omnipraticiens du territoire de l'Artois ne s'estiment pas en mesure d'assurer pleinement le suivi post-bariatrique au sein des soins primaires.

Il apparaît évident que si les conditions d'exercice actuelles en médecine générale ne font l'objet d'aucune modification ou revalorisation concrète, le virage ambulatoire souhaité par les autorités restera théorique. Face au risque majeur de patients perdus de vue à long terme, ce sera alors aux centres référents et au CSO de réadapter leur offre de soins. Les structures hospitalières devront dans ce cas renforcer et repenser leur propre organisation pour absorber le nombre croissant de patients opérés.

CONCLUSION

La chirurgie bariatrique a connu un essor sans précédent ces dernières années, s'imposant comme une réponse thérapeutique face à l'épidémie d'obésité. Le positionnement du médecin généraliste au centre du parcours de soins post-opératoire semble être une solution face au flux continu de patients opérés et aux risques documentés de complications et de ruptures de suivi à long terme. L'objectif de notre étude était d'évaluer le positionnement actuel, les besoins et les suggestions des omnipraticiens du territoire de l'Artois vis-à-vis de cette prise en charge spécifique.

Nos travaux mettent en évidence un paradoxe marquant : si une large majorité de praticiens valide le principe théorique d'un suivi alterné entre la ville et l'hôpital, la réalité du terrain montre un souhait de délégation vers les équipes hospitalières expertes avec une retenue concernant un investissement supérieur dans les conditions actuelles d'exercice. Ce positionnement est favorisé par des freins déterminants en soins primaires : une contrainte temporelle en consultation, un potentiel déficit de formation initiale et continue ainsi qu'un manque cruel de retour d'information et de coordination de la part des centres référents. Notre analyse statistique bivariée confirme d'ailleurs que l'aisance clinique du médecin, indispensable pour aborder le patient et réintégrer les perdus de vue, est intimement corrélée à sa maîtrise théorique, au volume de sa patientèle et à la possession d'outils décisionnels clairs.

Face à ce constat, une évolution des modalités de suivi des patients bariatriques est indispensable. Dans une optique de déploiement de l'accompagnement péri-opératoire par les médecins généralistes, plusieurs ajustements semblent nécessaires, qu'il s'agisse d'une structuration de réseaux pluriprofessionnels de proximité via les CPTS, de systématisation d'outils numériques connectés, de la télésurveillance ou d'accès facilité à l'expertise hospitalière.

À défaut d'une modification profonde des conditions d'exercice en médecine générale, le transfert de compétences vers les soins primaires semble illusoire. Il appartiendrait alors aux

centres hospitaliers référents et autres structures spécialisées de réadapter leur propre organisation interne afin d'assurer de manière pérenne le suivi d'une population de patients en croissance constante. Sans cela, ces structures sont vouées à la saturation du suivi. L'intégration de la préparation et du suivi bariatrique via de potentiels futurs Parcours Coordonnés Renforcés (PCR), facilités désormais par l'organisation des soins en CPTS, semble être une opportunité à saisir.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Organisation mondiale de la Santé.** Obésité et surpoids [Internet]. Genève: OMS; 8 décembre 2025 [cité le 4 avril 2026]. Disponible sur : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. **Haute Autorité de Santé.** Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Synthèse des recommandations de bonne pratique [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; septembre 2011 [cité le 4 avril 2026]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_adulte.pdf
3. **Emmanuelli J, Maymil V, Naves P.** Situation de la chirurgie de l'obésité [Internet]. Paris: **Inspection générale des affaires sociales**; 2018 janv [cité le 4 avril 2026]. 186 p. Rapport n°: 2017-059R. Disponible sur : <https://igas.gouv.fr/Situation-de-la-chirurgie-de-l-obesite>
4. **Ligue nationale contre l'obésité.** Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité : résultats de l'étude Obépi-Roche 2020 [Internet]. Montpellier: Ligue nationale contre l'obésité; 2024 [cité le 4 avril 2026]. Disponible sur : <https://liguecontrelobesite.org/enquete-epidemiologique-nationale-sur-le-surpoids-et-lobesite/>
5. **Haute Autorité de Santé.** Obésité de l'adulte : prise en charge de 2ème et 3ème niveaux. Partie II : Prise en charge pré et post-opératoire de la chirurgie bariatrique. Recommandations de bonne pratique [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 8 février 2024 [cité le 4 avril 2026]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux
6. **Prescrire Rédaction.** Après une chirurgie bariatrique : prévenir les carences nutritionnelles et adapter les traitements médicamenteux. Rev Prescrire. 2025 juil;45(501):519-527.
7. **Nau JY.** Comment accompagner au mieux l'essor de la chirurgie bariatrique ? Rev Med Suisse. 2018;14(620):1724-1725 [cité le 4 avril 2026]. Disponible sur https://www.revmed.ch/view/421524/3660864/RMS_620_1724.pdf
8. **Dehghani Kelishadi L.** Place actuelle et perspectives du médecin traitant après chirurgie bariatrique : quel parcours de soin idéal ? [Thèse d'exercice]. Lille: Université de Lille; 2017 [cité le 4 avril 2026]. Disponible sur : https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2017/2017LIL2M519.pdf
9. **Lim RB.** Bariatric procedures for the management of severe obesity: Descriptions. In: Jones D, editor. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2026 [cité le 12 avril 2026]. Disponible sur : <https://www.uptodate.com>

10. **DREES** (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997. Études et Résultats [Internet]. 2018 fév [cité le 12 avril 2026];(1051):1-6. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1051.pdf>
11. **Halimi S**. Chirurgie bariatrique : état des lieux en France en 2019. Méd Mal Metab. 2019 juin;13(4):307-10.
12. **Haute Autorité de Santé**. Nouvelles techniques de chirurgie bariatrique. Synthèse des recommandations de bonne pratique [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; juillet 2020 [cité le 26 avril 2026]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/synthese_nouvelles_techniques_chirurgie_bariatrique_vd.pdf
13. **Paneip J, Rivet C, Verkindt H, Pigeyre M, Romain B, Pattou F**. Étude des freins et des attentes des médecins généralistes dans le suivi des patients après chirurgie bariatrique. Médecine des Maladies Métaboliques. 2018 fév;12(1):77-83.
14. **Nicol C, Jacquot J, Chebane L, Combret S, Pecquet PE, Massy N, et al**. Chirurgie bariatrique et médicaments : revue de la littérature et analyse des effets indésirables dans la banque nationale de pharmacovigilance. Thérapie. 2024 mai-juin;79(3):305-314. doi: 10.1016/j.therap.2024.02.003
15. **Blanchard C, Gelly J, Zins M, Jézéquel M**. Quelle est la réalité du suivi médical après chirurgie bariatrique ? Résultats à 5 ans de la base de données SNIIRAM. Bull Epidemiol Hebd. 2020;(18):354-361.
16. **Guiho M**. Suivi des patients opérés d'une chirurgie de l'obésité : élaboration de la fiche de suivi Baria-check à l'intention des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Rennes: Université de Rennes 1; 2017 [cité le 12 avril 2026].
17. **Cuerq A, Païta M, Lesuffleur T, Czernichow S, Basdevant A, Msika S, et al**. Le suivi médical quatre ans après chirurgie bariatrique en France, selon les données de l'Assurance Maladie. Gastroentérol Clin Biol. 2016;40(3):A115.
18. **Haute Autorité de Santé**. Fiche technique : Chirurgie de l'obésité. L'anneau gastrique ajustable [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008 [mis à jour en septembre 2024; cité le 2 mai 2026]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-09/fiche_technique_anneau_gastrique_080909.pdf
19. **Haute Autorité de Santé**. Fiche technique : Chirurgie de l'obésité. La gastrectomie longitudinale (sleeve gastrectomy) [Internet]. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2008 [mis à jour en septembre 2024; cité le 2 mai 2026]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-09/fiche_technique_gastrectomie_080909.pdf

20. **Haute Autorité de Santé**. Fiche technique : Chirurgie de l'obésité. Le bypass gastrique ou court-circuit gastrique [Internet]. Saint-Denis : HAS ; 2008 [mis à jour en sept 2024 ; cité le 2 mai 2026]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-09/fiche_technique_bypass_080909.pdf
21. **Masschelein F**. Chirurgie bariatrique : le parcours de santé des patients. Point de vue des patients [Thèse d'exercice]. Lille : Université de Lille ; 2020.
22. **Kerloc'h A**. Chirurgie Bariatrique : Parcours de santé des patients, point de vue des Médecins Généralistes [Thèse d'exercice]. Lille : Université de Lille ; 2020.
23. **Fédération Française de Nutrition**. Chirurgie bariatrique : l'amélioration du suivi des personnes opérées passe par l'intégration du médecin généraliste au cœur d'un parcours de soins mieux coordonné [Internet]. Paris : FFN ; 2017 [cité le 8 mai 2026].
24. **Barrois M**. Prise en charge nutritionnelle des patients adultes post-chirurgie bariatrique par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées : évaluation de leurs pratiques et de leurs connaissances [Thèse d'exercice]. Toulouse: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018.
25. **Dembinski A**. Le suivi nutritionnel et métabolique post chirurgie bariatrique par le médecin généraliste : connaissances, pratiques et perspectives d'amélioration [Thèse d'exercice]. Lille: Université de Lille; 2018.
26. Cariou M, Le Glaz A, Kerouaz S, Potard MC, Misbert E, Lucas B, et al. Le « poids » du médecin traitant dans l'initiation d'une chirurgie bariatrique. Rev Med Interne. 2021;42(11):755-761.
27. **Vignot M, Oppert JM, Basdevant A, Clément K**. Adhésion au suivi après chirurgie bariatrique : identification des facteurs de non-observance dans une cohorte de 207 patients obèses sévères opérés. Évaluation de l'adhésion du patient obèse sévère au suivi post chirurgie bariatrique. Rech Soins Infirm. 2018 sept;134(3):70-80.
28. **Kermansaravi M, Rokhgireh S, Kabir A, Jazi AD, Parmar C**. Where Are My Patients? Lost and Found in Bariatric Surgery. Obes Surg. 2022;32(10):3396-3403.
29. **Cordonnier N**. Intégration du médecin généraliste dans le suivi post-chirurgie bariatrique via un outil de télésurveillance : enquête de faisabilité [Thèse d'exercice]. Lille: Université de Lille; 2021.
30. **Comersis**. Densité des médecins par intercommunalités [Internet]. Comersis.com ; 2021 [mis à jour le 17 janv 2024 ; cité le 8 mai 2026]. Disponible sur : <https://comersis.com/Densite-des-medecins-par-intercommunalites-actualite-25.html>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire papier

Bonjour,

Dans le cadre de ma **thèse d'exercice en médecine générale**, je réalise un questionnaire sur le **suivi des patients opérés de chirurgie bariatrique par leur médecin généraliste**. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier la participation des médecins généralistes au parcours de soin avant et après une chirurgie bariatrique et d'obtenir leurs suggestions pour améliorer la coordination ville-hôpital.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être **en activité, installé en tant que médecin généraliste et exercer dans le territoire couvert par le Centre Spécialisé de l'Obésité de l'Artois (Arras / Béthune / Lens / Douai)**. Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que quelques minutes. Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Veillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé. Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Merci pour votre participation.

Manon DALLA COSTA

Le questionnaire est disponible à l'adresse :

<https://manondallacosta.limesurvey.net/376575?lang=fr>



Suivi de chirurgie bariatrique en médecine générale : état des lieux et attentes des médecins généralistes dans l'Artois.

Quel âge avez-vous ?	☐ < 35 ans ☐ 35-50 ans ☐ 51-65 ans ☐ > 65 ans
Quel est votre mode d'exercice principal ? <i>(Une ou plusieurs réponses possibles)</i>	☐ En MSP ☐ Cabinet seul ☐ Cabinet de groupe ☐ En centre de santé ☐ Au sein d'une institution ☐ En libéral strict
Dans quel type de zone géographique exercez-vous ? <i>(Une seule réponse possible)</i>	☐ Zone urbaine ☐ Zone péri-urbaine ☐ Zone rurale
Avez-vous un réseau de collaborateurs paracliniques auxquels adresser vos patients en situation d'obésité dans la perspective d'un parcours de soin médical ? <i>(Une seule réponse possible)</i>	☐ Oui ☐ Non
Si oui, à qui adressez-vous vos patients en priorité ? <i>(Une ou plusieurs réponses possibles)</i>	☐ Diététicien(ne) ☐ Psychologue ☐ Professeur d'APA ou kiné ☐ Infirmière asalée
Exercez-vous à proximité d'un centre Spécialisé Obésité ou d'un établissement pratiquant la chirurgie bariatrique ? <i>(Une seule réponse possible)</i>	☐ Oui ☐ Non
Combien de patients opérés d'une chirurgie bariatrique estimez-vous avoir dans votre patientèle ? <i>(Une seule réponse possible)</i>	☐ Aucun ☐ Moins de 10 ☐ Entre 10 et 50 ☐ Plus de 50 ☐ Impossible à préciser
Comment vivez-vous (appréhendez-vous) cet antécédent chez vos patients ? <i>(Une seule réponse possible)</i>	☐ Vous sentez-vous démuni ☐ Vous vous sentez en difficulté ☐ Ça ne vous pose pas de problème

Est-ce que certains de vos patients opérés d'une chirurgie bariatrique vous consultent spécifiquement pour une visite de suivi annuel de chirurgie ? <i>(Une ou plusieurs réponses possibles)</i>	○ Oui, à leur demande ○ Oui, à ma demande ○ Rarement ○ Jamais
L'orientation d'un de vos patients vers un parcours de chirurgie bariatrique : <i>(Une ou plusieurs réponses possibles)</i>	○ Se fait à la demande du patient et vous adressez ce dernier à une équipe dont vous connaissez l'organisation ○ Se fait à la demande du patient et vous laissez ce dernier trouver une équipe chirurgicale ○ Se fait sur vos recommandations à prendre un avis et vous adressez ce dernier à une équipe dont vous connaissez l'organisation ○ Se fait sur vos suggestions et vous laissez ce dernier trouver une équipe chirurgicale ○ Peut parfois se faire à votre insu, vous découvrez que votre patient est en parcours de soin sans qu'il ait échangé avec vous
Quelle part prenez-vous actuellement dans le parcours de soin préopératoire de vos patients ? <i>(Une seule réponse possible)</i>	○ Vous guidez le patient de votre côté ○ Vous prenez part activement au programme d'ETP de préparation à la chirurgie ○ Vous vous sentez « mis à l'écart » et souhaitez le rester ○ Vous vous sentez « mis à l'écart » et vous le déplorez
Quelle part aimeriez-vous tenir dans le parcours de soin préopératoire de vos patients ? <i>(Une seule réponse possible)</i>	○ Vous aimeriez guider davantage le patient de votre côté ○ Vous aimeriez prendre part activement au programme d'ETP de préparation à la chirurgie ○ Vous vous dites que le parcours de soin est très spécifique et vous préférez déléguer à une équipe « experte » / « spécialisée »
Que vous manquerait-il pour assurer cet accompagnement de façon « constructive » ? <i>(Question ouverte)</i>	

Quelle part prenez-vous dans le parcours de soin post-opératoire de vos patients ? <i>(Une seule réponse possible)</i>	○ Vous guidez le patient de votre côté ○ Vous prenez part activement au programme d'ETP de suivi de chirurgie ○ Vous réorienter systématiquement votre patient vers un programme d'ETP de suivi de proximité ○ Vous encouragez systématiquement votre patient à un suivi auprès d'une diététicienne ○ Vous vous sentez « mis à l'écart » et souhaitez le rester ○ Vous vous sentez « mis à l'écart » et vous le déplorez
Quelle part aimeriez-vous tenir dans le parcours de soin post-opératoire de vos patients ? <i>(Une seule réponse possible)</i>	○ Vous aimeriez guider davantage le patient de votre côté ○ Vous aimeriez prendre part activement au programme d'ETP de suivi de chirurgie bariatrique ○ Vous vous dites que le parcours de soin est très spécifique et vous préférez déléguer à une équipe « experte » / « spécialisée »
Que vous manquerait-il pour assurer cet accompagnement de façon « constructive » ? <i>(Question ouverte)</i>	
Parmi les 3 principales chirurgies bariatriques réalisées en France, avec quel type vous sentez-vous à l'aise ? <i>(Une seule réponse possible)</i>	○ Anneau ○ Sleeve gastrectomy ○ By-pass gastrique ○ Les trois ○ Aucun
Avec type de chirurgie bariatrique vous sentez-vous en difficulté ? <i>(Une seule réponse possible)</i>	○ Anneau ○ Sleeve gastrectomy ○ By-pass gastrique ○ Les trois ○ Aucun
Disposez-vous de recommandations pragmatiques et simplifiées pour réaliser le suivi post-opératoire ? <i>(Une seule réponse possible par item)</i>	De façon générale ? Sur le poids et la tolérance alimentaire ? ○ Oui ○ Incertain ○ Non

	Sur le suivi du statut en vitamines ? ☐ Oui ☐ Incertain ☐ Non
	Sur les complications possibles des différentes chirurgies ? ☐ Oui ☐ Incertain ☐ Non
	Sur les précautions à prendre en cas de grossesse ou de projet de grossesse ? ☐ Oui ☐ Incertain ☐ Non
Ces informations vous ont-elles été transmises par l'équipe opératoire/préparatoire ? <i>(Une seule réponse possible)</i>	☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné
Avez-vous été dans l'obligation de faire vous-même votre FMC sur le sujet ? <i>(Une seule réponse possible)</i>	☐ Oui ☐ Non
Quel est pour vous le degré de facilité pour solliciter des avis spécialisés de nutrition pour vos patients opérés ? <i>(Une seule réponse possible)</i>	☐ Facile ☐ Difficile
Quel est pour vous le degré de facilité pour solliciter des avis spécialisés de chirurgie pour vos patients opérés ? <i>(Une seule réponse possible)</i>	☐ Facile ☐ Difficile
Quel serait, pour vous, le mode de contact pertinent avec l'équipe de chirurgie bariatrique en cas de complication ? <i>(Une ou plusieurs réponses possibles)</i>	☐ Contact téléphonique direct avec le médecin ☐ Contact téléphonique direct avec le chirurgien ☐ Contact téléphonique direct avec un membre de l'équipe ☐ Rendez-vous rapide par le biais du secrétariat

Quels seraient vos besoins en termes de parcours de soins ? <i>(Une ou plusieurs réponses possibles)</i>	○ Programme d'ETP de proximité ○ Collaborateurs paracliniques identifiés ○ Maison sport santé ○ Fluidification du lien avec l'équipe ayant opéré votre patient (ligne directe) ○ Autre suggestion (question ouverte) :
Quels seraient vos besoins en termes d'outils ? <i>(Une ou plusieurs réponses possibles)</i>	○ Fiches cliniques synthétiques ○ Documents à remettre aux patients ○ Autres suggestions (question ouverte) :
Comment souhaitez-vous être impliqué dans le parcours préparatoire/le suivi/le parcours de soin ? <i>(Question ouverte)</i>	
Très intuitivement, vous diriez que : <i>(Une ou plusieurs réponses possibles)</i>	○ La chirurgie bariatrique est fascinante par son efficacité spectaculaire sur la perte de poids qu'on observe dans les 2 premières années post-opératoires ○ L'expérience que vous avez parmi votre patientèle notamment en termes de reprise de poids, vous laisse pondéré face à cette option thérapeutique ○ L'expérience que vous avez parmi votre patientèle notamment en termes de complications éventuelles, vous laisse pondéré face à cette option thérapeutique
Selon vous, le suivi de chirurgie bariatrique (hors situations complexes) <i>(Une seule réponse possible)</i>	○ Devrait s'inscrire dans les soins primaires ○ Devrait être organisé en alternance avec l'équipe opératoire

Face au nombre croissant de patients opérés qui ne font plus l'objet d'un suivi, à savoir - Perdus de vue des files actives de chirurgie bariatrique des services spécialisés, - Patients opérés par des équipes ne proposant pas de suivi à vie - Ou lorsque vous accueillez un nouveau patient opéré par le passé mais qui ne fait plus l'objet d'un suivi, Estimez-vous pouvoir repérer/assurer le suivi de patients non suivis ? <i>(Une seule réponse possible)</i>	☐ Oui ☐ Non
Quelles sont vos suggestions pour compenser ce défaut de suivi ? <i>(Question ouverte)</i>	

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : manon.dallacosta.etu@univ-lille.fr

Annexe 2 : Récépissé : attestation de déclaration**RÉCÉPISSÉ
ATTESTATION DE DÉCLARATION**

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Suivi de chirurgie bariatrique en médecine générale : état des lieux et attentes des MG dans les Hauts-de-France

Responsable chargé(e) de la mise en œuvre : Mme Séverine ANDRIEUX
Interlocuteur (s) : Mme Manon DALLA COSTA

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> (en cliquant sur "Réaliser une enquête anonyme" puis "demander une ouverture d'enquête").
- Vous vous engagez à supprimer les adresses mails/numéros de téléphone des personnes contactées.
- Vous garantissez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 21 mars 2025

Délégué à la Protection des Données

Annexe 3 : Retranscription intégrale des verbatims des questions ouvertes (n=65)

Que vous manquerait-il pour assurer l'accompagnement préopératoire de façon « constructive » ?

- Connaître les pratiques des correspondants afin de guider les patients dans la même direction
- Demande d'avis du médecin traitant sur la pertinence de la chirurgie (en particulier concernant des antécédents ou habitudes du patient non signalés par le patient...).
- Réseau de prise en charge pluridisciplinaire
- Un retour de chaque consultation (diét, psycho, ...) qui nous permettrait de rebondir sur certains sujets en consultation et mieux gérer le suivi pré et post-opératoire
- Suivi pluridisciplinaire avec psychologue, diététicien, médecin nutritionniste serait appréciable
- J'aimerais avoir plus de retour lors des prises en charges pour pouvoir répondre aux questions ou anticiper les bilans et ne pas perdre de vue les patients. Parfois les patients sont opérés sans qu'on le sache puis le suivi spé s'arrête sans qu'on le sache non plus, on ne peut donc pas prendre le relais. Être mieux informée sans être seule à intervenir
- Le temps
- Une liste de professionnels de santé à qui adresser les patients, une formation sur ce sujet
- "Plus de courriers médicaux sur le parcours de prise en charge. Éventuellement des coordonnés des intervenants et équipes de remise en forme associations etc"
- "Formation en etp. Temps dédié et rémunéré à cet etp"
- Formation avec l'équipe spécialisée
- Meilleure formation sur l'accompagnement, conseils de l'équipe experte sur les courriers du patient (par exemple) et la place du MT dans ce suivi
- En pré opératoire, le parcours me semble complet
- Avoir été impliquée dès le début dans le réseau
- De la formation et surtout du temps !
- Du temps, un peu plus de connaissances
- Un courrier après chaque consultation en pre op et surtout un courrier en rappelant bien les suivis bio et compléments vitaminiques en post op
- "Connaissance des tca. Enjeux à long terme de la Chir"
- Cahier de suivi
- Non concernée de fait
- Détail du parcours
- Des courriers de suivi plus rapides permettant d'aider le patient
- Nous mettons en place au sein de la MSP une connexion avec les deux centres de référence arrageois par le biais de notre IPA et de notre diététicienne
- Rien
- Les comptes rendus du suivi (diet, nutritionniste, chirurgical) qu'on reçoit rarement pour ne pas dire jamais
- "Plate-forme avec suivi multidisciplinaire. Accès aux évaluations diet et psy"
- Une formation
- La connaissance précise du programme et du suivi nutritionnel / psy
- Du temps afin de pouvoir gérer tous les aspects pris en compte dans la bariatrique (psycho, nutri, gastro, pneumo, cardio) impossible sur une simple consultation bien souvent multi motif en médecine générale
- Temps d'échange avec les autres intervenants

- Rien
- Une formation sur les conséquences de la chirurgie et le suivi post chirurgical
- Coopération des spécialités
- Je pense que la dimension psychologique reste sous-considérée (rapport émotionnel à l'alimentation) et que les RHD / activité physique / psychothérapie devraient être plus centraux
- Du temps !
- Un suivi informatique
- Les 2 centres de l'obésité gèrent déjà tout le suivi

Que vous manquerait-il pour assurer l'accompagnement post-opératoire de façon « constructive » ?

- Connaître les pratiques des correspondants afin de guider les patients dans la même direction
- Réception des bilans biologiques faits en hospitalier, courrier de suivi à recevoir dans un délai raisonnable
- Guide de recommandations et contact facilité avec les centres spécialisés
- Un retour de chaque consultation (diét, psycho, ...) qui nous permettrait de mieux connaître le suivi post-opératoire
- Un programme de suivi
- J'aimerais avoir plus de retour lors des prises en charges pour pouvoir répondre aux questions ou anticiper les bilans et ne pas perdre de vue les patients. Parfois les patients sont opérés sans qu'on le sache puis le suivi spé s'arrête sans qu'on le sache non plus, on ne peut donc pas prendre le relais. Être mieux informée sans être seule à intervenir
- Le remboursement de certains dosages de vitamines
- Le temps
- Une liste de professionnels de santé à qui adresser les patients, une formation sur ce sujet
- Un listing des éléments biologique à surveiller et plus de communications
- Formation avec l'équipe spécialisée
- Connaître ce qu'attend l'équipe "experte" du suivi du MT, notre place dans ce dispositif.
- Un accompagnement psychologique plus important en post opératoire
- De la formation et du temps et un retour des consultations diet et psycho
- Connaissances, temps
- Des courriers systématiques, spécifiant les recos permettant d'éviter les carences
- Du temps de formation et d'accompagnement
- Accès plus facile aux paramédicaux ...diététicienne, IPA, psychologue
- Détail du parcours
- Nous avons les moyens humains et matériels
- Du temps
- Manque de formation au suivi de la chirurgie bariatrique
- Formation
- Des connaissances dans le programme spécialisé.
- Connaître où y a t il des IDE azalée qualifiée en ETP ? cartographie, des professionnels de santé assurant du post op
- Temps dispo
- Rien
- Coopération des spécialités

- Des connaissances solides du suivi post opératoire des patients opérés et de l'entretien motivationnel en cas de reprise de poids
- Du temps !
- Un suivi informatique
- Aide concernant le suivi cicatriciel et pondéral, le reste géré par les 2 centres

Comment souhaitez-vous être impliqué dans le parcours préparatoire / le suivi / le parcours de soin ?

- En tant que MG nous sommes forcément impliqués dans le suivi de nos patients mais pas forcément informés des règles de suivi selon le projet du patient. Bcp de patients arrêtent le suivi par les équipes spécialisés et le MG est souvent laissé seul dans le suivi sans avoir tous les éléments concernant le suivi.
- Avis du généraliste avant réalisation de la chirurgie
- Servir de point de centralisation afin d'harmoniser et s'assurer du suivi post-opératoire du patient
- Être mieux informée et formée
- Omnidoc et plus de communication compte rendu sur le suivi
- Suivi alterné avec équipe spécialisée après formation avec elle
- Rester le MT avec possibilité du suivi et conseil au patient, en étant informé des décisions et du suivi du patient fait par l'équipe encadrante
- "- savoir quel bilan biologique faire pour le suivi - pouvoir contacter facilement quelqu'un en cas de complications - fiches sur les complications et quoi faire"
- Connaître les modalités de prise en charge et de suivi qui ont été prévues
- Transmissions de l'ensemble de la prise en charge pluridisciplinaire, et être formée à la prise en charge/reco à moyen et longs termes
- Avoir plus d'informations sur les bilans et le suivi au long court, notamment des années après quand il n'y a plus de suivi rapproché
- Des courriers systématiques
- Permettre au patient de poursuivre le programme nutritionnel, même s'il refuse la chirurgie, ce qui n'est pas le cas actuellement"
- Formation initiale + animation d'atelier d'etp
- Carnet et classeur de suivi
- Notre MSP est en cours de création de liens
- Je ne souhaite pas être impliqué davantage, je n'en ai pas le temps.
- Être informée du suivi pré et post chir, et contact pour adresser rapidement le patient si complications
- Meilleure formation médicale pour connaître les programmes et leur spécificité
- Être un élément motivant la patiente à poursuivre ses efforts
- Au plus proche du patient dans l'accompagnement (ETP) et la détection des complications
- Par suivi informatique
- La situation actuelle me convient

Quelles sont vos suggestions pour compenser ce défaut de suivi ?

- Équipe spé clairement identifiée et en capacité de reprendre le suivi si nécessaire. Avoir des règles de suivi personnalisés claires et précises pour chaque patient
- Interdire les chirurgies dans les centres n'assurant pas le suivi au long cours des patients ; courrier systématique au médecin traitant en cas de perdu de vue
- Courriers en cas d'absence du patient lors de ses consultations de suivi

- Fiche pratique type check-list de suivi selon le type de chirurgie
- Être mieux informée et formée
- Collaboration avec service de nutrition
- Un site bariaclic serait une bonne idée pour que le med gé de ville instaure un suivi clinicobiologique conforme aux recommandations.
- Formation ++
- Meilleure connaissance du suivi à effectuer (quand faut-il revoir le chirurgien, à quel rythme faut-il effectuer ce suivi, quel bilan à réaliser à quel rythme et sur combien d'année ...) Que le patient est une fiche de suivi pour les années suivantes l'intervention
- Fiches de synthèse expliquant les bilans et examens à faire
- Se former
- Être mieux formés
- Formation et informations pour pouvoir assurer ce manque de suivi
- Nous fournir les recos spécifiques à chaque op
- Meilleure formation, Meilleure intégration au suivi de nos patients, Cotation spécifique
- Rappel systématique DMP
- Augmenter le nombre de médecins généralistes
- Augmentation du personnel paramédical de l'hôpital, mais c'est plus un vœux pieux qu'un réel souhait.
- Améliorer la formation initiale lors de l'internat/externat et faire des FMC dédiées
- Meilleure formation, FMC,
- Relance à effectuer auprès des patients pour qu'ils aussi acteurs de leur santé ! et pas toujours le médecin ... Bien indiquer dans les courriers post op, quels est le suivi à appliquer (clinique, contrôle poids, biologie, supplémentation, etc) et la durée
- Envoyer un flyer avec les recommandations simplifiées du suivi post opératoire
- Bien former les MG pour prendre le relais
- Plus grande prise en compte des actions de prévention (pour moins d'obésité et de maladie métaboliques +++). Plus grande part donnée à la prise en charge non chirurgicale. Suivi nutritionniste plus accessible, vers un remboursement des aglp1 ? limiter les aliments ultra transformés, activité physique ...
- Recevoir les plannings de suivi des patients avec leurs dates de rdv pour contrôler leurs bonnes observances des rdvs. Recevoir un bilan synthétique annuel.

AUTEURE : Nom : DALLA COSTA

Prénom : Manon

Date de soutenance : 17 juin 2026

Titre de la thèse : Suivi de chirurgie bariatrique en médecine générale : état des lieux et attentes des médecins généralistes dans l'Artois.

Thèse - Médecine - Lille 2026

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : Obésité sévère ; Chirurgie bariatrique ; Suivi péri-opératoire ; Médecine de ville.

Résumé :

Introduction : La chirurgie bariatrique a une efficacité établie sur la perte de poids, l'espérance de vie et les comorbidités en cas d'obésité sévère. Malgré l'essor des interventions, un suivi de bonne qualité n'est obtenu que dans une minorité des cas, exposant à des complications somato-psychiques et nutritionnelles. L'objectif de notre étude est d'évaluer le positionnement, les besoins et les suggestions des généralistes du territoire de l'Artois dans ce parcours péri-opératoire.

Matériels et méthodes : Étude épidémiologique, descriptive, transversale et quantitative menée via un auto-questionnaire standardisé diffusé auprès des médecins généralistes libéraux en activité installés sur le territoire du CSO de l'Artois.

Résultats : Un total de 65 questionnaires a été analysé. Un sentiment de mise à l'écart est observé en préopératoire (66,2 %, n=43/65) mais une nette majorité préfère déléguer le parcours péri-opératoire à une équipe spécialisée. L'accès à un avis nutritionnel en ville est jugé difficile par 66,2% (n=43/65) des répondants. 81,5% (n=53/65) estiment que le suivi des cas non complexes devrait être alterné avec l'équipe opératoire. L'analyse bivariée montre que 37,5% (n=15/40) des médecins du groupe « Pas de problème particulier » déclarent maîtriser les trois chirurgies principales, alors que 52% (n=13/25) du groupe « Appréhension » n'en maîtrisent aucune ($p<0,01$). La possession de recommandations est fortement corrélée au sentiment d'aisance ($p<0,01$). 96% (n=24/25) du groupe « Appréhension » réclament des fiches synthétiques. Enfin, 62,5% (n=25/40) du groupe « Pas de problème particulier » se déclarent capables de réintégrer les « perdus de vue ». Les verbatims qualitatifs éclairent ces blocages en identifiant trois freins majeurs : un manque d'information hospitalière, un déficit de formation et une forte contrainte temporelle.

Conclusion : Une évolution des modalités de suivi bariatrique est indispensable. Sans modifications des conditions d'exercice, il appartiendra aux structures spécialisées de réadapter leur organisation pour assurer le suivi d'une population de patients en croissance constante. L'intégration dans des PCR, facilités par les CPTS, semble être une opportunité à saisir.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Robert CAIAZZO

Assesseurs : Monsieur le Docteur Jan BARAN, Madame le Docteur Nathalie HENRIC

Directeur de thèse : Madame le Docteur Séverine ANDRIEUX