

RAPPORT 17-08

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

Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique

MOTS-CLÉS : CHIRURGIE BARIATRIQUE. SUIVI. COMPLICATIONS. MÉDECINS GÉNÉRALISTES

KEY-WORDS: BARIATRIC SURGERY. FOLLOW UP. COMPLICATIONS. GENERAL PRACTITIONER

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

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de cet article.

Des annexes figurent sur le site internet de l'Académie nationale de médecine :

Annexe 1 : Données chiffrées

Annexe 2 : Conséquences et Complications de la chirurgie bariatrique

Annexe 3 : Visite par la CNAM de la *Nederlandse obesitas kliniek*, La Haye (Pays-Bas)

Annexe 4 : Prise en charge des patients bariatriques (Méthodologie des sondages)

Annexe 5 : Synthèse des données concernant les réponses aux questionnaires

* Membre de l'Académie nationale de médecine.

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

Institutions : Académie nationale de médecine² (ANM), Société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques³ SOFFCO-MM, Collège national des généralistes enseignants (CNGE) et Collège de médecine générale¹ (CMG), Fédération française de nutrition⁴ (FFN), Nutrition et biochimie-Université Claude Bernard Lyon I⁶, Association pour la prévention du risque cardio métabolique ⁷(APRC), Caisse Nationale d'Assurance Maladie

RÉSUMÉ

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

L'Académie nationale de médecine propose une démarche pragmatique et des pistes concrètes de solution. Le suivi de ces patients ne pourra être assuré sans augmenter le nombre de professionnels de santé impliqués dans leur parcours de soins. Les médecins généralistes, du fait de leur nombre, leur répartition sur le territoire, et leur proximité des patients, pourraient-ils participer à ce suivi ? Sous quelles conditions peut-on valider cette hypothèse ? Qu'en pensent les autres professionnels de santé, notamment les chirurgiens bariatriques, et les patients eux-mêmes ?

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

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

SUMMARY

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

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

This is why learned societies brought together under the aegis of the French National Academy of Medicine have proposed new guidelines to the French health authorities while committing to implement a collective procedure to mobilize general practitioners and all health professionals involved in the pre, post-operative and long term control of patients having undertaken bariatric surgery.

INTRODUCTION

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

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

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

A — UN CONSTAT ALARMANT

Le suivi à moyen et long terme est très insuffisant.

L'étude suédoise SOS (*Swedish Obese Subjects*) [1] montre que le pourcentage de sujets régulièrement suivis est respectivement de 47,6 % et de 9 %, 10 et 15 ans après la chirurgie. Au Royaume Uni, dans une cohorte de 2079 opérés, seuls 43 % de patients sont encore revus à 2 ans et ce pourcentage chute à 8 % à 5 ans [4]. Aux États-Unis (Miami), sur plus de 3 000 patients opérés, 56 %, 55 % et 28 % consultent respectivement à 6 mois, 1 an et 2 ans [5]. Dans les

études portant sur le suivi à plus de 2 ans, seulement 0,4 % des publications (29 sur 7 371) mentionnent un suivi supérieur à 80 % des opérés [6].

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

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

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

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

B — UNE RÉPONSE ACTUELLEMENT INSATISFAISANTE

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

- **les chirurgiens** : il leur appartient de prendre en charge les complications chirurgicales et le contrôle à court terme des opérés, mais ils ne peuvent assurer un suivi à long terme, en particulier répondre à l'exigence d'un soutien et d'une surveillance de proximité.
- **les médecins des centres de référence de l'obésité (CSO)** doivent, en principe, assurer le suivi de ces patients, mais, de même que les médecins nutritionnistes, ils ne sont pas assez nombreux. De plus, la disparité dans l'accessibilité à ces centres et les inégalités territoriales de densité en

spécialistes de la nutrition ne permettent pas une prise en charge de ces patients similaire partout en France.

- **les médecins généralistes** mieux répartis sur le territoire, pourraient contribuer à résoudre le problème de santé publique posé par l'insuffisance de suivi des patients obèses opérés. (*Atlas de la démographie médicale 2016 /CNOM*) Ce suivi s'inscrit dans leur mission : prise en charge des maladies chroniques, mise en œuvre de l'éducation pour la santé et coordination des soins (*Code de la santé publique — article L.4130 1*) Cependant, ils invoquent un manque de temps et une rémunération insuffisante dans la mesure où il s'agit selon eux de patients complexes face auxquels ils s'estiment insuffisamment formés.
- **Les infirmier(e)s** sont de mieux en mieux investis dans les parcours de soins, mais leurs consultations, en exercice libéral et en établissements privés, ne sont pas suffisamment valorisées.
- **Les diététicien(ne)s** manquent souvent d'une formation spécifique et ils ne bénéficient pas d'une prise en charge par les assurances sociales.
- **Les psychologues** pourraient participer à la prise en charge ces patients dont on sait qu'ils peuvent présenter des troubles psychiques importants (dont témoigne un taux de suicides élevé après l'intervention) (*Annexe 2*), mais leurs consultations ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie.

*
* *

Sous la présidence du Pr Claude Jaffiol, Président de l'Académie nationale de médecine, et en collaboration avec l'Association pour la Prévention du Risque Cardiométabolique (APRC), un groupe de travail pluridisciplinaire a été créé à l'Académie nationale de médecine. Ce groupe a réuni les représentants désignés par les sociétés savantes impliquées dans le parcours de soins des patients opérés de l'obésité : l'Association francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques (SOFFCO-MM), le Collège national de des Généralistes enseignants (CNGE) et le Collège de la médecine générale (CMG), la Fédération Française de Nutrition (FFN).

C — OBJECTIF DU GROUPE DE TRAVAIL

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

Ces patients ont souvent mal vécu leur obésité et les échecs des prises en charge antérieures. Après l'intervention chirurgicale, ils se considèrent guéris, méconnaissant qu'un suivi à vie est indispensable [9]. Une information et un

accompagnement régulier, facilités par un soutien de proximité, peuvent favoriser leur adhésion à une surveillance. Les médecins généralistes sont incontournables en raison de leur connaissance des patients et de leur environnement psycho-social dont chacun reconnaît le rôle essentiel dans le pronostic à long terme.

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

D — MÉTHODE D'ÉTUDE

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

E — ANALYSE DES RÉSULTATS (ANNEXE 5)

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

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

Les patients ne semblent pas imaginer être suivis par leur médecin généraliste immédiatement après l'intervention. En cas d'urgence, ils ne

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

EN CONCLUSION

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

*
* *

Le recours aux médecins généralistes s'impose pour améliorer la prise en charge des patients opérés de l'obésité.

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

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

- 1. LE PATIENT SOIT clairement informé avant l'intervention qu'il ne suffit pas de perdre du poids pour être guéri ; en effet, même après une intervention bariatrique, il reste un malade chronique relevant d'un suivi à vie.** Pour éviter les inévitables carences liées à l'intervention, prévenir les complications à court, moyen et long terme ainsi que l'apparition de comportements déviants et de mésusages (alcool, par exemple), il convient de personnaliser le parcours de soins et d'accompagner le patient, par des rappels automatiques de consultations, par exemple.
- 2. LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES *, qui bénéficient d'une connaissance des patients, en particulier sur le plan psychologique et environnemental, contribuent au parcours de soins de ces patients, sous réserve que :**
 - *le patient soit pris en charge bien avant l'intervention et tout au long du suivi ;*

- *l'équipe chirurgicale soit en contact avec le médecin généraliste avant l'intervention et tout au long du suivi. De manière optimale, ce dernier doit participer aux RCP (par téléphone si nécessaire), et collaborer aux programmes personnalisés de soins dans les sites bariatriques labellisés par la SOFFCO-MM ;*
 - *la Haute Autorité de Santé (HAS) doit réviser ses recommandations pour intégrer de façon effective la participation **des généralistes dès avant l'opération.***
 - *Une formation concrète et spécifique leur permette, en tenant compte de leurs contraintes professionnelles et de leurs besoins, de se familiariser avec ce suivi, **à partir de mises en situation et de cas pratiques (en présentiel ou en formation numérique à distance)**, comme le propose déjà la SOFFCO-MM avec des modules formation validés et déclinés à l'échelon régional ;*
 - *un accès facile aux moyens numériques les encourage à développer les relations interprofessionnelles (visioconférences, numérisation du parcours de soins...) et à optimiser l'observance des patients (télémédecine, rappels automatisés, cahier de suivi, puce sur carte vitale..) ;*
 - *un forfait d'ETP leur soit assuré pour ce suivi, notamment dans les Maisons de Santé pluri-professionnelles.*
- * ***Sur la base du volontariat**, en concertation avec leurs sociétés savantes (CMG et CNGE), dans le cadre de la plate-forme de consensus mise en œuvre avec les autres sociétés savantes concernées, sous l'égide de l'Académie nationale de médecine.*

3. LES AUTORITÉS SANITAIRES (CNAM, HAS)

- *Veillent à ce que les RCP soient tenues dans le respect des pré-requis réglementaires avant toute intervention de chirurgie bariatrique.*
- *Exigent un dossier médical partagé entre les équipes chirurgicales et le médecin généraliste.*
- *Facilitent l'accès aux données médicales des patients afin, d'une part, que les professionnels de santé en charge de ce suivi puissent mieux repérer les perdus de vue ; d'autre part, pour que l'engouement envers cette chirurgie soit compensé par une vigilance épidémiologique.*
- *Diffusent des guides à l'intention des professionnels de santé et des patients.*
- *Augmentent le nombre de centres spécialisés de l'obésité sur la base d'une adéquation avec les besoins territoriaux.*
- *Favorisent, lorsque cela est possible, le recours aux médecins nutritionnistes, qui doivent être présents dans le parcours de soins de ces patients,*

à la condition qu'ils soient dûment qualifiés et formés* et que leur nombre permette de répondre à l'accroissement des besoins sur l'ensemble des territoires.

- *Sensibilisent et forment les pharmaciens d'officine* afin qu'ils puissent repérer, informer, conseiller et orienter les personnes opérées en rupture de suivi médical.
- *Remboursent les dosages biologiques nécessaires au suivi des patients opérés, les traitements de supplémentation en vitamines et minéraux, ainsi que les consultations des psychologues et des diététiciens* spécifiquement formés.
- *Remboursent les actes relevant de la chirurgie bariatrique sur la base des consultations complexes.*

* *Le Conseil de l'Ordre des Médecins (CNOM) ne reconnaît actuellement pour la Nutrition que les Diplômes d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC I) Non qualifiants (2 ans d'études). Le DES Endocrinologie-Diabéto-logie-Nutrition demandé par la FFN n'est pas reconnu à ce jour, et il suffit à nombre de médecins d'un Diplôme d'Université (DU) validé parfois en quelques jours pour se dire « nutritionnistes »...*

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

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

RÉFÉRENCES

- [1] Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med.* 2007;357:741-52.
- [2] Adams TD, Gress RE, Smith SC, Halverson RC, Simper SC, Rosamond WD et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N.Engl. J. Med.* 2007; 357(8):753-61.
- [3] Arterburn DE, Olsen MK, Smith VA, Livingston EH, Van Scoyoc L, Yancy WS et al. Association between bariatric surgery and long-term survival. *JAMA.* 2015;313(1):62-70. doi: 10.1001/jama.2014.16968.
- [4] Lalmohamed A, de Vries F, Bazelier MT, Cooper A, van Staa TP, Cooper C, et al. Risk of fracture after bariatric surgery in the United Kingdom: population based, retrospective cohort study. *BMJ.* 2012;345:e5085. doi: 10.1136/bmj.e5085.
- [5] Khorgami Z, Arheart KL, Zhang C, Messiah SE, de la Cruz-Muñoz N. Effect of ethnicity on weight loss after bariatric surgery. *Obes Surg.* 2015;25:769-76.

- [6] Puzziferri N, Roshek TB, Mayo HG, Gallagher R, Belle SH, Livingston EH. Long-term follow-up after bariatric surgery: a systematic review. *JAMA*. 2014;312:934-42. 10.1001/jama.2014.10706.
- [7] Centres spécialisés et intégrés et établissements partenaires pour la prise en charge de l'obésité sévère et pour l'organisation des filières de soins dans les régions. <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/obesite-severe-organisation-des-filieres-de-soin-pour-la-prise-en-charge>.
- [8] Théreaux J, Lesuffleur T, Païta M, Czernichow S, Basdevant A, Msika S, Fagot-Campagna A. A long term follow up after bariatric surgery in a national cohort. *Br. J. Surgery*. 2017;104(10):1362-1373. Doi :10.1002/bjs. 10557. Epub 2017 Jun 28.
- [9] Vidal P, Ramón JM, Goday A, Parri A, Crous X, Trillo L, et al. Lack of adherence to follow-up visits after bariatric surgery: reasons and outcome. *Obes Surg*. 2014 ; 24:179-83