



ACADÉMIE NATIONALE
de CHIRURGIE
French Academy of Surgery

Les Cordeliers, 15, rue de l'École de Médecine - 75006 Paris. - Tél. 01.43.54.02.32
administration@academie-chirurgie.fr • www.academie-chirurgie.fr

Réunion d'experts sur le « suivi du patient après chirurgie bariatrique » Vendredi 30 janvier 2015

Synthèse ANC REUNION D'EXPERTS DU 30 JANVIER 2015 « SUIVI DU PATIENT APRES CHIRURGIE BARIATRIQUE »

Modérateurs : Jean GUGENHEIM (Nice), François PATTOU (Lille), Georges MANTION. Organisateur : Philippe MARRE
Le communiqué de presse et les articles sont en ligne : <http://www.academie-chirurgie.fr/presse.htm>

Communiqué de presse

Suivi postopératoire : tendon d'achille de la chirurgie bariatrique

La chirurgie de l'obésité ou bariatrique connaît un développement rapide en France. Plus de 40 000 opérations y ont été réalisées l'an dernier, soit 4 fois plus qu'en Allemagne ou au Royaume-Uni. Cette augmentation significative s'explique par les bénéfices aujourd'hui bien démontrés de la chirurgie chez les patients atteints d'obésité sévère : amélioration spectaculaire de la qualité de vie et réduction significative des maladies chroniques associées (diabète, ou l'apnée du sommeil ...). Cependant, comme pour tout traitement efficace, les bénéfices de la chirurgie peuvent s'estomper avec le temps et être associés à des effets secondaires. Dans ses recommandations (2009), la HAS a souligné l'importance d'un suivi postopératoire attentif et pluridisciplinaire, organisé en amont de l'intervention, et prolongé la vie durant. Sur le terrain, les pratiques en terme de suivi restent cependant très hétérogènes ; rares sont les centres qui suivent encore plus de la moitié de leur patients au-delà de la deuxième année postopératoire. Avec bientôt plus de 200 000 personnes opérées en France, il paraît urgent de s'en préoccuper. L'Académie Nationale de Chirurgie a ainsi jugé nécessaire d'organiser le 30 janvier 2015 en partenariat avec la SOFFCO-MM (Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques), une réunion d'experts de toutes les disciplines concourant à cette prise en charge pour identifier les difficultés de ce suivi et les moyens d'y remédier.

Difficultés liés aux professionnels : Les chirurgiens n'ont ni le temps ni les compétences nécessaires pour suivre seuls ces patients. La plupart des endocrinologues sont occupés par la prise en charge d'autres patients relevant de leur spécialité, et peu disponibles pour suivre les opérés bariatriques. Les nutritionnistes ne sont pas en nombre suffisant et insuffisamment rétribués pour des consultations nécessairement longues mais ne nécessitant que peu d'actes techniques. Les médecins généralistes se heurtent à un manque de temps pour se former à cette prise en charge complexe et spécialisée, qui ne concerne qu'un nombre limité de leurs patients. Les consultations paramédicales, notamment des psychologues, diététiciennes, ou des éducateurs médicosportifs, ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie.

Difficultés liées aux patients : De façon générale, les patients obèses recourent peu aux soins. La précarité fréquemment associée à l'obésité sévère constitue un facteur aggravant. La reprise de poids à distance de la chirurgie est souvent perçue, faute d'une information suffisante en amont, comme un échec personnel. Cette situation dissuade souvent les patients de consulter l'équipe bariatrique ou le médecin généraliste. Enfin, contrairement à d'autres pays, il n'existe en France aucun moyen de contraindre un patient à être suivi.

Difficultés liées aux connaissances : Fautes de données fiables sur les bénéfices et les risques au long cours de la chirurgie, notamment en France, les recommandations de la HAS en termes de suivi postopératoire sont peu spécifiques et se limitent pour la plupart à des avis d'experts.

Difficultés organisationnelles : Le nombre d'interventions bariatriques en France ayant plus que doublé en 5 ans, le nombre de patients devant maintenant être régulièrement suivis a augmenté de façon exponentielle. Dans la plupart des centres, le suivi exhaustif de ces importantes cohortes de patients n'est pas en adéquation avec les ressources disponibles. La prise en charge peu lisible et encore insuffisante par l'assurance maladie du suivi postopératoire, ne permet pas le recrutement de personnels, notamment paramédicaux, en nombre suffisant pour assurer ces missions chronophages (coordination, secrétariat, relances des perdus de vue...).

Que peut-on proposer pour améliorer ce suivi ?

- Valorisation incitative de l'Assurance maladie du suivi postopératoire
- Participation des autres professionnels de santé, dans le cadre de coopérations interprofessionnelles.
- Labellisation et promotion des centres organisés pour assurer le suivi des patients opérés
- Favoriser la collaboration inter équipes au sein de réseaux de santé, et l'utilisation des nouvelles technologies.
- Collaboration avec les associations de patients pour promouvoir le suivi postopératoire auprès des patients opérés.
- Promouvoir la recherche sur le suivi et les résultats au long cours de la chirurgie, susceptibles de documenter une remise à jour des recommandations en terme de suivi, et la réflexion d'autres modèles économiques, fondés par exemple sur le parcours de soins.

L'obésité est plus largement prise en charge en France que dans d'autres pays européens, notamment en Allemagne et au Royaume Uni. L'effort méritoire consenti par la collectivité dans ce domaine doit se prolonger dans le suivi, actuellement vécu comme le parent pauvre de cette prise en charge.

Cette réunion d'experts est soutenue par



Synthèse réunion d'experts

La réunion organisée par le Pr Daniel JAECK, président 2014 de l'Académie Nationale de Chirurgie et le Dr Philippe MARRE, secrétaire général 2015, s'est tenue aux Cordeliers le 30 janvier 2015, avec le soutien de COVDIEN. C'était une réunion d'experts sur le suivi à moyen et long terme en chirurgie bariatrique. La liste des experts et le programme de la réunion sont annexés.

Le Pr Jean GUGENHEIM, président de la SOFFCO-MM, a introduit et modéré la réunion présidée par le Pr Georges MANTION président 2015 de l'Académie de Chirurgie. Datant de 2009, les recommandations de la HAS sont claires et précises, mais difficiles à suivre faute de moyens humains suffisants eu égard au développement de la maladie.

Les différents participants se sont ensuite présentés. La matinée a été occupée par les 4 présentations prévues.

1. LE SUIVI BARIATRIQUE EN 2015 EN FRANCE. PR GUGENHEIM.

La chirurgie bariatrique est le seul traitement efficace de l'obésité.

Pour être efficace, elle doit être précédée d'une préparation et suivie d'une surveillance, comme toute maladie chronique.

Ce suivi pose la double question de sa périodicité et de la spécificité de sa prise en charge.

La périodicité doit s'adapter à chaque cas en fonction de la gravité de la maladie, de son mode évolutif, et de la personnalité du patient.

La spécificité tient à l'intrication de la composante psychique (reprise de poids, dépression, alcoolisme) et de la composante organique de la maladie (comorbidités, complications, réinterventions chirurgicales : cholecystectomie, chirurgie réparatrice, chirurgie bariatrique).

La problématique humaine du suivi de cette maladie complexe est également double : qui devrait l'assurer et comment éviter 40% de patients perdus de vue?

2. LA CHIRURGIE BARIATRIQUE EN 2013 EN FRANCE. MME FAGOT-CAMPAGNAT

Travail du conseil scientifique de la CNAM (Pr Bertrand MILLAT président, Pr Simon MSIKA et Pr David NOCCA représentant la chirurgie bariatrique).

Croisement des données PMSI MCO (actes) et SNIRAM (Système National Inter-régime de l'Assurance Maladie) (patients).

En 2010 les courbes des quantités de gastrectomies (SG) et de gastroplasties (LP) et de courts circuits gastriques (BP) se croisent. La gastrectomie en manchette devient la plus pratiquée (sleeve gastrectomy). La dérivation biliopancréatique (DBP) reste l'exception. Grandes disparités régionales : population de patients, mode opératoire, activité des EDS (Établissements de Soins).

Population globale : 82% de femmes, âge moyen 40 ans, 17% CMU, 31% IMC<40, 58% IMC>40, 20% comorbidités. Limites du codage PMSI ne codant pas 35, mais seulement 30 à 39.

Activité > 100 actes par an : 23% des EDS 2011 et 32% des EDS 2013.

Résultats 2012. Mortalité : LP 0,36%, SG 0,64%, BP 0,94%, DBP 0,71%. Réinterventions : LP 22%, SG 4,6%, BP 1,6%, DBP 2,8%. Comorbidités : diabète de 12 à 6%, SAOS de 20 à 4%, HTA de 29 à 10%.

Conclusion : importance de l'entente préalable, de la prise en charge médicale avant de poser l'indication chirurgicale, des CSO (Centre Spécialisé de traitement de l'Obésité), des registres particulièrement pour les moins de 20 ans.

Situation européenne à titre de comparaison : indications similaires fonction de l'IMC, BP plus pratiquée que la SG, évolution vers la chirurgie métabolique chez le diabétique avec IMC>30, grande disparité des pratiques et de l'encadrement des prise en charge selon les pays. Cet encadrement est par exemple fort en Allemagne, ce qui limite les indications et faible en France, ce qui les favorise, la prévalence de la maladie étant comparable dans les 2 pays (pas de frein financier, pas de liste d'attente, pas d'obligation d'exercer dans un centre labellisé en France). Enfin, il est reconnu unanimement que le suivi par les chirurgiens est de moins en moins possible.

3. EXPERIENCE DU CSO DE LILLE. PR PATTOU

Le service a hérité d'une tradition de prise en charge de l'obésité (Pr PROYE).

2009 : Programme de suivi bariatrique personnalisé à vie, pluridisciplinaire, avec le médecin traitant, à raison de 4 consultations la première année, puis de 1 à 2 consultations par an en l'absence de complication ou de reprise évolutive de la maladie.

Sur les éléments suivants : poids, carences, suppléments, médicaments, prise en charge des dysfonctionnements chirurgicaux et des complications, poursuite du soutien éducatif et psychologique à la demande.

2012 : Cohorte Nord Pas de Calais. 15 à 20% d'indications non respectées, 50% de suivi non respecté dès la 1^{ère} année.

Conclusion : Chirurgie efficace mais dangereuse, exposant à des complications notamment métaboliques (oxalurie), exigeant par conséquent un suivi au long cours permettant la prise en charge dans les meilleurs délais.

4. EXPERIENCE DES PAYS BAS. MR HAUSER

17 millions d'habitants, 2% d'obèses, 20 centres spécialisés, 10000 interventions bariatriques par an.

Frais pris en charge par le HCl (Health Care Insurance). Cotisation 150€ par an. Franchise de 400€.

Règles fixées par le HCl et DSMBS (Dutch Society for Metabolic Bariatric Surgery) : nombre d'interventions bariatriques par an, suivi obligatoire pendant 5 ans dont les frais sont pris en charge par le HCl.

Les DOC (Dutch Obesity Clinics) suivent 60% des patients (7 cliniques, 6500 nouveaux cas par an). La prise en charge est divisée en 5 phases : 1 préparation, 2 intervention, 3 changement de mode de vie, 4 consolidation du traitement de l'obésité, 5 suivi comportant notamment des groupes de parole.

Conclusion : le suivi se fait au mieux dans des centres ayant un gros volume d'activité et du personnel et des spécialistes en nombre suffisant.

5. TABLE RONDE DE L'APRES-MIDI

Pr RITZ

- les recommandations de supplémentation de 2009 sont bien faites.

- l'enquête de 2008 montrait que 98% des patients manquaient de Vit B12 (80%) de fer (70%), de folates (60%) et de protéines (50%).

- des déficits sont possibles malgré des doses de supplémentation importantes, notamment en fer.

- les carences préexistent souvent à la chirurgie, car ce sont des patients qui s'alimentent mal.

- recherche systématique des carences en calcium et en vit D.

- la chirurgie malabsorptive n'est pas la seule concernée. Toutes les interventions bariatriques le sont si le patient n'est pas bien conseillé, ou ne suit pas bien les conseils.

- les carences sont responsables de troubles métaboliques, neurologiques, de la croissance, de la fécondité et sont d'autant plus mal supportées que les patients sont plus âgés.

- concrètement difficulté de prendre beaucoup de médicaments pour ces opérés du tube digestif.

- financièrement certains examens (dosages vitaminiques) et certaines consultations (diététiciennes, psychologues) peu ou pas remboursés sont à la charge du patient qui peut renoncer à se faire suivre.

- conclusion : revoir les recommandations de la HAS de 2009.

Pr ZIEGLER

- 20% des opérés reprennent 30% de l'excès de poids à 5 ans.
- établir une coordination nationale des CSO.
- bilan en hôpital de jour très variable selon le CSO. Systématique ou à la carte? Seul ou en groupe? Tarification à revoir.
- évolution post opératoire de l'obésité en 3 phases : 2 ans perte de poids, 5 ans observance des conseils (comme dans toute maladie chronique), au-delà de 5 ans suivi à long terme très variable.
- enjeu organisationnel pour faire face à l'urgence, à la routine et à la très grande urgence de manière adaptée.
- complications apparaissent entre 5 et 10 ans après l'intervention bariatrique.

Pr ANDRIELLI

- diabète de type 2 d'évolution post opératoire difficilement prévisible exigeant une grande vigilance : risque d'aggravation de complications non stabilisées (rétinopathie proliférante), risque de coronaropathie mortelle, risque d'hypoglycémie iatrogène induite par la poursuite de médicaments à des doses devenues excessives.
- en période d'instabilité du diabète, importance de l'éducation du patient, disposant d'un lecteur de glycémie et dont le diabétologue est tenu informé.
- lors de la sortie, le patient est vu par le diabétologue qui lui prescrit son traitement. En son absence, tout traitement est arrêté et le patient est reconfié à son diabétologue habituel dûment informé.
- risque de récurrence du diabète en cas de reprise de poids : intérêt du dosage de l'Hb glyquée 1 fois par an.
- risque de diabète gestationnel en cas de grossesse.
- diabète de type 1 existe en cas d'obésité, mais est exceptionnel et mérite de mettre en commun les données des centres.
- chez le grand obèse insulino-résistant, l'insuline peut être un facteur d'aggravation.

Pr OUAZANA

- médecin généraliste insuffisamment informé : lui adresser à la sortie du patient la brochure 2008 de la HAS expliquant ce que le médecin doit savoir avec la lettre de sortie habituelle.
- chaque médecin verra peu de patients obèses opérés : 50000 généralistes et 40000 opérés par an.
- médecin donne rarement son avis au patient obèse qui le court-circuite, connaissant la façon de s'y prendre pour rencontrer une équipe bariatrique.
- bien qu'il y ait 40% de patients perdus de vue à 10 ans, la médecine générale aura du mal à suivre une file active dont l'augmentation est prévue dans la prochaine décennie.

Pr BENAMOUZIG

- les transformations digestives induites par les interventions bariatriques entraînent des carences et
- des troubles fonctionnels (dumping syndrome, RGO menaçant d'EBO (Endo Brachy Œsophage), diarrhée, syndrome de l'intestin irritable.
- dépistage des cancers (colon, prostate, sein, etc..) réalisé au mieux avec le soutien d'un secrétariat dédié et avec un plan personnalisé de suivi.

Pr CHERIKH

- psychiatre ou psychologue intégrés à l'équipe bariatrique.
- travail sur l'image du corps, les troubles de la conduite, les troubles de l'humeur.
- valeur des tests de psychométrie répétables dans le suivi.
- psychothérapie de suivi individuelle ou collective à la demande.
- intérêt des groupes de réinsertion professionnelle.
- pratiquement très difficile de revoir les opérés à 3 mois.
- remboursement de 4 à 6 consultations post opératoires.

Pr POITOU

- PAS : « Programme Personnalisé de Soins » avec 1 carnet préopératoire et 1 carnet de suivi à l'hôpital de la Pitié.
- 3 questions : rythme, contenu, acteurs du suivi.
- 5 critères à prendre en compte : âge, précarité, comorbidités, pathologies associées et situation socio professionnelle.
- rôles de l'infirmière (autorisation de prescription), du médecin traitant et du référent bariatrique coordinateur (infirmière ou médecin de l'équipe).
- algorithme décisionnel pour faire face aisément aux différents événements.
- malgré tout 50% de perdus de vue.

Dr RAISON

- SSR en partenariat avec le CSO et les centres voisins par contrat.
- 3 types d'hospitalisation : conventionnelle (bilan), courte (éducation thérapeutique) et moyen ou long séjour (suivi ou pathologies lourdes).
- situations complexes : handicapés moteur, social et psychique.
- listes d'attente.
- liens avec les associations d'obèses, et les médecins généralistes.
- rapports avec l'HAD (Hospitalisation À Domicile) et les équipes mobiles de soins à domicile.

Mme SKORUPINSKI

- filtre à l'entrée du patient dans le circuit : courrier du médecin et engagement personnel du patient.
- information complète pratique dès le premier entretien annonçant notamment le suivi.
- délais de suivi à Lille : 1 mois, 3 mois, 6 mois, 1 an, 2 ans, 3 ans, puis à la demande.
- implication de diététicienne, infirmière spécialisée, psychologue.
- utilisation des paras médicaux et notamment de la délégation de tâche en diabétologie.
- très bien perçu par les patients qui jugent sur la compétence.

Mme CHAGUE

- le patient informé devient acteur de sa prise en charge.
- projet TEO ou Télé Médecine Obésité en expérimentation au CHP de l'Europe au Port Marly.
- passage de témoin permettant un partage d'information entre tous les acteurs, de l'équipe bariatrique et de ville.
- suivi SMS avec système d'alerte permettant de garder le contact avec un patient en situation délicate. Expérimentation en cours.
- entretien du serveur évalué à 20000€ par an.
- mais diminue les déplacements et par conséquent les frais de transport.

Mme CANALE

- représente Mme Joly. Très intéressée par ce qui a été dit.
- responsabiliser les patients.
- leur faire prendre conscience que leur attente du résultat immédiat est incompatible avec le temps de la maladie chronique.
- centres labellisés : 120 interventions par an.
- importance de l'infirmière spécialisée, de la psychologue, de l'ordonnance et notamment du régime alimentaire, des transports en ambulance, de la supplémentation et du téléphone en attendant la télémedecine.

Dr LAURENCE

- les recommandations de la HAS de 2009 sont toujours valables.
- elles sont opposables juridiquement mais pas sur le plan assurantiel.
- le vécu à long terme des interventions bariatriques n'est pas connu.

Premières Conclusions

Pr PATTOU : différences entre 2009 et 2015.

- épidémiologiques : 10 000 interventions en 2009 et 15 000 en 2014.
- conséquences mieux connues des interventions bariatriques.
- disparition de la notion de guérison.
- meilleure approche des situations particulières : grossesse et diabète de type 1.
- nouveaux modes d'exercice : paramédicaux et télémedecine.
- le suivi commence avec l'éducation thérapeutique.

Cette réunion d'experts est soutenue par





ACADÉMIE NATIONALE
de CHIRURGIE
French Academy of Surgery

Les Cordeliers, 15, rue de l'École de Médecine - 75006 Paris. - Tél. 01.43.54.02.32
administration@academie-chirurgie.fr • www.academie-chirurgie.fr

Réunion d'experts sur le « suivi du patient après chirurgie bariatrique »

Académie de Chirurgie
Vendredi 30 janvier 2015
10h30 - 17h00

Ordre du Jour

But : Réunir des représentants des spécialités impliquées dans le suivi du patient obèse après chirurgie, de manière à faire le point sur la réalité de l'application des recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge post-opératoire à long terme de l'obésité. (HAS 2009)

Lieu : Académie de Chirurgie, Les Cordeliers, 15, rue de l'École de Médecine - 75006 Paris

Date : Vendredi 30 janvier 10h30-17h00 (pause déjeuner de 12h00 à 13h30)

10 :30 Pr Georges MANTION : Présentation de la journée

10 :35 Pr Jean GUGENHEIM : Introduction du suivi à long terme

10 :40 Dr Anne FAGOT CAMPAGNA (CNAM) : Situation de la Chirurgie Bariatrique en France en 2015

11 :10 Pr François PATTOU : Le suivi bariatrique en France : de la théorie à la pratique

11 :35 Mr Simon HAMER : Vers un autre modèle médico-économique - l'exemple des Pays-Bas

12h00 à 13h30 : Pause déjeuner (Invitation des experts par l'Académie)

14 : 00 - 16 :30 Tour de table

Définition du minimum requis dans chaque discipline, pour le suivi d'un patient opéré

Pr Patrick RITZ : Société Française de Nutrition

Pr Olivier ZIEGLER : AFERO

Pr Fabrizio ANDREELLI : Société Française de Diabétologie

Pr Albert OUAZANA : Médecine générale

Pr Robert BENAMOUZIG : Gastro-hépatologie- entérologie

Dr Faredj CHERIKH : Psychiatrie

Dr Christine POITOU : Centres Spécialisés de l'Obésité, CSO

Dr Jocelyne RAISON : Soins de suite

Mme Juliette SKORUPINSKI : Infirmières / Diététiciennes

Mme Marie-Pascale CHAGUE : Télémédecine et Systèmes d'information

Mme Claudia CANALE : Patients CNAO Collectif National des Associations d'Obèses

Dr Michel LAURENCE : HAS

Dr Guillaume Prorel : Directeur des Affaires Médicales Covidien

+ Covidien Mr Olivier Ménage, Mme Laurence Philip

Chaque intervenant présente son point de vue (éléments du suivi et fréquence) concernant la société ou la discipline qu'il représente en 5 minutes (3 diapos maximum), suivies d'une discussion / commentaires en 5 minutes avec les autres experts.

16 :30 Synthèse et conclusion, Pr Jean GUGENHEIM et Pr François PATTOU

17 :00 Fin de la journée

Initiée par le Président de l'Académie Nationale de Chirurgie, Georges MANTION (Besançon)
et le Secrétaire Général, Philippe MARRE (Paris)

Organisateurs :

Jean GUGENHEIM* (Nice), **François PATTOU*** (Lille)

**Membres de l'Académie*

Cette réunion d'experts est soutenue par  **COVIDIEN**