



LIVRE BLANC

UNE PUBLICATION DU GROUPE DE TRAVAIL
CHIRURGIE BARIATRIQUE
AMÉLIORER LE SUIVI
POSTOPÉRATOIRE DES
PATIENTS



ÉDITORIAL

CHIRURGIE BARIATRIQUE : COMMENT CRÉER LES CONDITIONS DU SUCCÈS PLUTÔT QUE LAISSER S'INSTALLER LES CONDITIONS DE L'ÉCHEC ?

Editorial signé par les membres du groupe de travail : « Améliorer le suivi postopératoire des patients traités par chirurgie bariatrique » : M. Anthony Berthou, Mme Pauline Blanchet, Pr. Faredj Cherikh, Dr. Renaud Chiche, Pr. Martine Duclos, Mme Mathilde Duclos, M. Jean-Benoît Dumonteix, Mme Anne-Sophie Joly, Dr. Eric Myon

En janvier 2015, l'Organisation Mondiale de la Santé a estimé à environ 1,9 milliards le nombre de patients souffrant de surpoids dans le monde, dont un tiers (600 millions) souffre d'obésité sévère, c'est-à-dire ont un Indice de Masse Corporelle supérieur à 40. Cela signifie qu'à ce jour 13% de la population mondiale adulte (11% des hommes et 15% des femmes) souffre d'obésité, un chiffre qui a plus que doublé en 30 ans. Cette tendance à la hausse, qualifiée par l'OMS de « véritable épidémie », s'accélère et ne pourra être endiguée sans réelle volonté politique. Avec près de 15% de la population adulte atteinte d'obésité – soit 7 millions de personnes – la France n'est évidemment pas épargnée par ce risque épidémique.

LES ÉQUIPES SOIGNANTES DOIVENT MIEUX SE COORDONNER POUR APPRÉHENDER LES PATIENTS DE FAÇON GLOBALE ET DANS LE TEMPS ; LES PATIENTS DOIVENT ÊTRE MOTEURS DE LEUR TRAITEMENT ET ADOPTER UNE ATTITUDE PROACTIVE DANS LE SUIVI.

Reconnue comme le seul traitement efficace et durable contre l'obésité morbide, la chirurgie bariatrique a connu un développement important, avec environ 47 000 opérations réalisées en France en 2014.

Mais la progression du nombre de patients ayant accès à cette procédure n'a pas à ce jour porté tous les fruits qu'on aurait pu en attendre.

En effet, comme l'a souligné l'Académie nationale de chirurgie en janvier 2015, deux ans seulement après une chirurgie bariatrique, un patient sur deux n'est plus suivi, ce qui induit un risque majeur de reprise de poids et dès lors d'échec thérapeutique à moyen ou long terme. 200 000 personnes ont déjà été opérées en France. Il était donc urgent de trouver des solutions pour améliorer le suivi postopératoire des patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique, sous peine de voir ces patients rattrapés par leur maladie avec un impact conséquent sur leur santé et sur les comptes de l'Assurance Maladie.



En janvier dernier, l'Académie Nationale de Chirurgie a pris la décision de réunir l'expertise de patients et de professionnels de santé pour déterminer comment améliorer le suivi des patients. Soucieux de donner une suite la plus concrète possible à cette initiative, nous avons pris la décision de constituer un groupe de travail formé de représentants des équipes soignantes et des patients afin de formuler des recommandations opérationnelles pour améliorer le suivi des patients et ainsi permettre aux procédures de chirurgie bariatrique d'apporter aux patients obèses une solution thérapeutique véritablement durable.

Les réflexions et propositions de notre groupe sont présentées dans ce livre blanc, accessible à tous, avec pour objectif de remettre au cœur des priorités de notre système de santé la prise en charge de l'obésité et d'ouvrir une discussion sur le sujet avec l'ensemble des parties concernées : professionnels de santé, patients et autorités. Car nous avons tous un rôle à jouer dans cette dynamique positive !

Les autorités de santé sont actives sur la question de la prévention de l'obésité. Elles le sont moins sur la question de la prise en charge, laissant parfois les patients avec le sentiment d'être livrés à eux-mêmes. Or, il est nécessaire de considérer la question du suivi des patients opérés au même rang de priorité que celui de la prévention primaire de l'obésité.

Nous, professionnels de santé et patients sommes également responsables ! Les équipes soignantes doivent mieux se coordonner pour appréhender les patients de façon globale et dans le temps ; les patients doivent être moteurs de leur traitement et adopter une attitude proactive dans le suivi.

C'est uniquement cette logique de partenariat et d'implication de chacun qui permettra d'optimiser le suivi postopératoire des patients et de garantir le plein succès du seul traitement efficace contre l'obésité.



SOMMAIRE

I. PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE DU GROUPE DE TRAVAIL	4
◆ Le suivi postopératoire des patients, « talon d'Achille de la chirurgie bariatrique » en France	5
◆ La nécessité de repenser le suivi des patients : présentation du groupe de travail	7
II. LES ENJEUX DU SUIVI POSTOPÉRAIRE DES PATIENTS	8
◆ Le diagnostic posé par les membres du groupe de travail	9
◆ La perspective des patients et des médecins généralistes	10
III. UN MODÈLE DE PARCOURS DE SOINS OPTIMISÉ	13
◆ Un suivi multidisciplinaire inspiré du parcours de soins en oncologie et du modèle de suivi néerlandais	14
◆ Le modèle proposé par le groupe de travail	15
IV. LES RECOMMANDATIONS OPÉRATIONNELLES DU GROUPE DE TRAVAIL	17
◆ Réflexions préliminaires	17
◆ Recommandations d'actions	18
◆ Structures de prise en charge des patients	18
◆ Rôle et outils pour les professionnels de santé	18
◆ Education thérapeutique	20
V. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS	23
VI. A PROPOS DE	25
◆ L'obésité en France : Une pathologie en pleine expansion dont l'impact reste largement sous-estimé	26
◆ La chirurgie bariatrique : Un traitement réglementé qui a fait la preuve de son efficacité	27

◆ Ont contribué au développement de ce livre blanc les membres du Groupe de travail « Chirurgie bariatrique – Améliorer le suivi postopératoire des patients » :

M. Anthony Berthou – Nutritionniste – Nantes, Lausanne
Mme Pauline Blanchet – Infirmière coordinatrice – Paris
Pr. Faredj Cherikh – Psychiatre – Nice
Dr. Renaud Chiche – Chirurgien – Paris
Pr. Martine Duclos – Endocrinologue, Physiologiste, Médecin du sport – Clermont-Ferrand
Mme Mathilde Duclos – Infirmière coordinatrice – Paris
M. Jean-Benoît Dumonteix – Psychologue – Paris
Mme Anne-Sophie Joly – Présidente du Collectif National des Associations d'Obèses – Paris
Dr. Eric Myon – Pharmacien – Paris

1 - L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m²
2 - <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>

I

PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE DU GROUPE DE TRAVAIL

LE SUIVI POSTOPÉRATOIRE DES PATIENTS, « TALON D'ACHILLE DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE » EN FRANCE

La moitié des Français sortent du parcours de suivi deux ans après leur opération...

Le 30 janvier 2015, l'Académie de Chirurgie a organisé avec la Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques (SOFFCO) une réunion d'experts sur « le suivi du patient après chirurgie bariatrique ». Cette réunion visait notamment à faire le point sur la réalité de l'application des recommandations de bonnes pratiques développées par la Haute Autorité de Santé en 2009 pour la prise en charge post-opératoire à long terme de l'obésité.

Les conclusions de l'Académie de Chirurgie sont sans appel : selon un communiqué de l'Académie, près de 50% des patients sont « perdus de vue » par les professionnels de santé au bout de deux ans : « rares sont les centres qui suivent encore plus de la moitié de leur patients au-delà de la deuxième année postopératoire ».

...malgré des recommandations fermes en la matière

La Haute Autorité de Santé a défini le modèle de suivi dans ses recommandations de bonne pratique datant de 2009 : « Obésité : Prise en charge chirurgicale chez l'adulte ».

Dans ce document, la HAS souligne l'importance du suivi et de la prise en charge du patient avant et après l'intervention et surtout la vie durant.

**Rares sont les centres
qui suivent encore plus
de la moitié de leurs
patients au-delà de
la deuxième année
postopératoire**

« Le suivi et la prise en charge du patient après chirurgie bariatrique doivent s'intégrer dans le cadre du programme personnalisé mis en place dès la phase préopératoire. Il est assuré par l'équipe pluridisciplinaire qui a posé l'indication opératoire, en liaison avec le médecin traitant (accord professionnel).

Ce suivi doit être assuré la vie durant, l'obésité étant une maladie chronique et en raison du risque de complications tardives (chirurgicales ou nutritionnelles dont certaines peuvent conduire à des atteintes neurologiques graves). Le patient doit être informé des conséquences potentiellement graves de l'absence de suivi (accord professionnel) ».

Le patient doit être informé des conséquences potentiellement graves de l'absence de suivi

PLUSIEURS DIFFICULTÉS DE NATURE DIFFÉRENTE EXPLIQUENT LES FAIBLESSES DU SUIVI DES PATIENTS

L'Académie de Chirurgie a identifié plusieurs causes pouvant expliquer les défaillances du suivi postopératoire des patients traités par chirurgie bariatrique :

- > **Difficultés liées aux professionnels :** Manque de temps, manque de formation, manque de professionnels, couverture insuffisante de certaines consultations par l'Assurance Maladie
- > **Difficultés liées aux patients :** Perception de la reprise de poids comme un échec personnel, patients précaires, absence en France de système contraignant le patient au suivi
- > **Difficultés liées aux connaissances :** Manque de données fiables sur les bénéfices et les risques au long cours de la chirurgie expliquant des recommandations de la HAS en la matière peu spécifiques
- > **Difficultés organisationnelles :** Explosion du nombre de patients opérés en très peu de temps sans que les ressources médicales et paramédicales ne puissent être mises en adéquation compte tenu du système actuel de prise en charge par l'Assurance Maladie qui demeure peu lisible
- > **Difficultés liées à l'information donnée aux patients :** Une information globalement défaillante sur la procédure elle-même, notamment liée aux approximations, voire aux erreurs contenues sur Internet qui représente une part croissante dans les sources consultées par les patients

LA NÉCESSITÉ DE REPENSER LE SUIVI DES PATIENTS : PRÉSENTATION DU GROUPE DE TRAVAIL

Convaincus de la nécessité de poursuivre la réflexion engagée par l'Académie de Chirurgie, des experts et des professionnels de santé ont décidé de la mise en place d'un groupe de travail chargé de réfléchir collectivement aux moyens d'améliorer le suivi des patients traités par chirurgie bariatrique.

Sont ainsi membres du Groupe de travail « Chirurgie bariatrique – Améliorer le suivi postopératoire des patients » les professionnels suivants :



M. Anthony Berthou
Nutritionniste
Nantes, Lausanne



Mme Pauline Blanchet
Infirmière coordinatrice – Paris



Pr. Faredj Cherikh
Psychiatre - Nice



Dr. Renaud Chiche
Chirurgien – Paris



Pr. Martine Duclos
Endocrinologue, Physiologiste,
Médecin du sport
Clermont-Ferrand



Mme Mathilde Duclos
Infirmière coordinatrice – Paris



M. Jean-Benoît Dumonteix
Psychologue – Paris



Mme Anne-Sophie Joly
Présidente du CNAO – Paris



Dr. Eric Myon
Pharmacien – Paris

LE GROUPE DE TRAVAIL S'EST RÉUNI LE 5 JUIN 2015 AFIN DE DÉFINIR LE PARCOURS DE SOINS LE PLUS ADAPTÉ POUR LES PATIENTS ET FORMULER DES PROPOSITIONS OPÉRATIONNELLES POUR AMÉLIORER LE SUIVI DES PATIENTS.

LES ENJEUX DU SUIVI POSTOPÉRATOIRE DES PATIENTS

L'obésité n'est
toujours pas
perçue comme
une pathologie
en France

74%
des personnes interrogées
approuvent l'affirmation selon
laquelle « l'obésité est causée
par des choix de vie »

LE DIAGNOSTIC POSÉ PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Il existe plusieurs enjeux relatifs au suivi des patients ayant été traités dans le cadre d'une chirurgie bariatrique.

◆ **L'obésité n'est toujours pas perçue comme une pathologie en France mais plutôt comme un problème comportemental du patient**, que ce soit par le grand public ou même par le corps médical. Le patient est encore trop souvent considéré comme unique responsable du contrôle de son poids.

Sur ce point, il est intéressant de noter que selon les résultats d'une enquête conduite par l'agence indépendante de recherche stratégique Opinium dans sept pays, auprès de 14 000 citoyens européens, dont 2 000 Français, pour la European Association for the Study of Obesity, 74% des personnes interrogées approuvent l'affirmation selon laquelle « l'obésité est causée par des choix de vie ».

Par ailleurs, parmi les modes de vie et facteurs environnementaux testés, un « mauvais régime alimentaire » (93%) et un « manque d'exercice physique » (88%) se distinguent comme les facteurs les plus souvent cités comme causes de l'obésité. Enfin, près des trois quarts des participants (72%) considèrent un « mauvais régime alimentaire » comme le choix de vie/facteur environnemental principal dans le développement de l'obésité chez un individu.

◆ **Le médecin traitant, identifié naturellement par les patients comme le référent de leur santé**, est le coordinateur de tous les sujets médicaux. Il n'est pas particulièrement formé aux enjeux de l'obésité et est donc à date peu impliqué dans le parcours du patient.

◆ **Les patients après leur opération sont souvent dans une période d'euphorie, traditionnellement appelée « lune de miel »**, liée à la perte spectaculaire de poids. Ils se sentent ainsi guéris et sont réticents à continuer à voir des équipes médicales.

LA PERSPECTIVE DES PATIENTS ET DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Afin d'alimenter les réflexions du groupe de travail, Ipsos Healthcare a réalisé une analyse qualitative auprès de 16 patients et 8 médecins généralistes portant notamment sur leurs perceptions du suivi en France.

PERCEPTIONS DES PATIENTS : PLUSIEURS CONSTATS PEUVENT ÊTRE RÉALISÉS :

◆ La période postopératoire est la période sur laquelle les patients se posent le plus de questions :

> Comment vais-je me sentir après l'opération, comment ma vie va-t-elle changer ? Qui va me venir en aide après l'opération ? Pendant combien de temps ne serai-je pas capable de travailler ? Quels sont les conséquences au niveau de l'excès de peau ?

◆ En général, les patients se sentent perdus à l'issue de l'opération elle-même :

> Les patients expliquent ainsi qu'une fois rentrés chez eux, ils ont le sentiment d'être livrés à eux-mêmes
> Alors même que les questions se bousculent : régime alimentaire, vitamines à prendre, médecin référent

◆ Ce sentiment peut être notamment expliqué par le décalage entre la période préopératoire, intensive, notamment en termes d'informations fournies aux patients et l'autonomie laissée en postopératoire

> Les patients ne savent pas à qui adresser leurs questions : au généraliste qui n'a pas toutes les informations, au spécialiste qui est davantage impliqué pendant la phase préopératoire, aux psychologues qui ne sont pas toujours formés aux enjeux spécifiques de l'obésité, aux nutritionnistes pour les conseils sur l'alimentation,...

Les patients expliquent qu'une fois rentrés chez eux, ils ont le sentiment d'être livrés à eux-mêmes

PERCEPTIONS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

◆ Les observations des médecins généralistes sont en général assez proches de celles des patients ayant été interrogés.

> Les médecins généralistes ont parfois le sentiment d'être livrés à eux-mêmes. Ils déclarent notamment ne pas disposer de l'information nécessaire pour assurer un accompagnement optimal auprès de leurs patients.

> Ils estiment notamment qu'il n'y a pas suffisamment de communications des intervenants comme des spécialistes ou des services spécialisés : ils manquent d'informations sur les traitements postopératoires et sur les protocoles de suivi.

Les médecins déclarent ne pas disposer de l'information nécessaire pour assurer un accompagnement optimal



UN MODÈLE DE PARCOURS DE SOINS OPTIMISÉ

UN SUIVI MULTIDISCIPLINAIRE INSPIRÉ
DU PARCOURS DE SOINS EN ONCOLOGIE
ET DU MODÈLE DE SUIVI NÉERLANDAIS

Le suivi postopératoire des patients traités par chirurgie bariatrique peut s'inspirer de deux modèles actuellement en place : d'une part du parcours de soins défini en oncologie en France, d'autre part du système néerlandais de suivi postopératoire en chirurgie bariatrique.

LE MODÈLE DE PARCOURS DE SOINS EN ONCOLOGIE

Depuis quelques années, le parcours de soins en oncologie s'individualise et est désormais basé sur une articulation ville-hôpital. Il intègre un suivi multidisciplinaire médical et psychologique sur plusieurs années, pris en charge par l'Assurance Maladie.

A noter par ailleurs, le Plan Cancer 2009-2013 a mis l'accent sur le développement d'un accompagnement global du patient et sur l'adaptation des organisations existantes afin de proposer aux patients une prise en charge adaptée et de qualité.

Dans ce cadre, 35 sites pilotes ont été mis en place avec trois grands objectifs, faisant parfaitement écho aux besoins identifiés par les membres du groupe de travail dans le cadre du suivi postopératoire en chirurgie bariatrique :

- > Améliorer le parcours de soins des personnes malades, par l'intervention d'infirmiers coordinateurs hospitaliers, chargés de coordonner ce parcours entre l'hôpital et le domicile ;
- > Développer des outils de coordination et de partage entre professionnels de santé hospitaliers et libéraux ;
- > Formaliser et mettre en œuvre l'accompagnement social personnalisé des cancers et préparer l'après-cancer.

LE MODÈLE NÉERLANDAIS DE SUIVI POSTOPÉRAIRE EN CHIRURGIE BARIATRIQUE

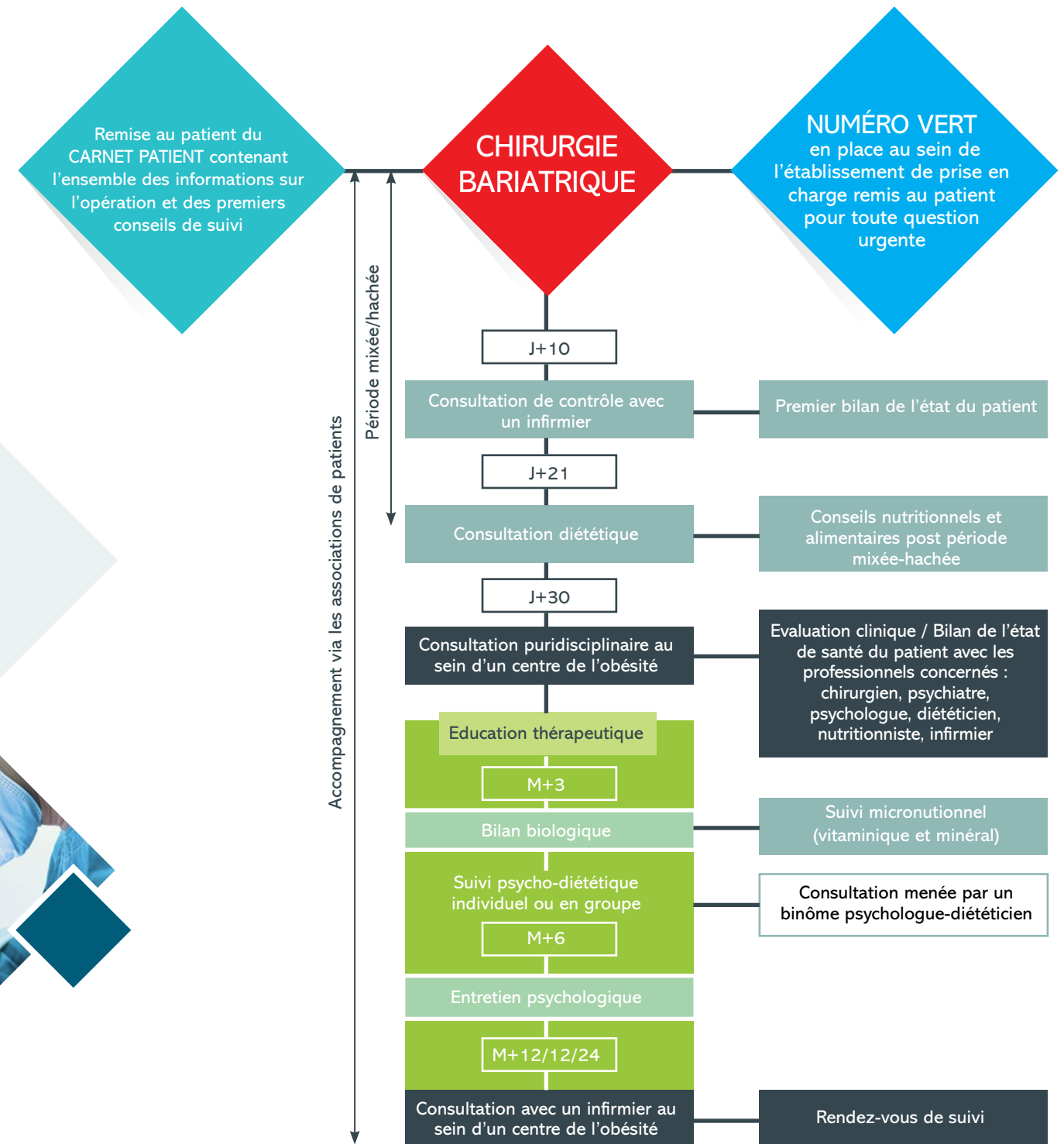
Le modèle néerlandais de suivi se caractérise par les éléments suivants :

- > Obligation de suivre les patients pendant cinq ans suite à leur opération ;
- > Approche multidisciplinaire impliquant l'ensemble des professionnels de santé : médecin généraliste, avec l'appui du chirurgien, endocrinologue, nutritionniste, psychologue, physiothérapeute ;
- > Prise en charge intégrale des coûts pendant 5 ans avec contribution des assurances privées ;
- > A l'issue des cinq années de suivi, le médecin généraliste est le professionnel de santé coordinateur.

A noter que le modèle néerlandais repose à la fois sur une approche individualisée et collective. De nombreux cours et groupes de parole sont proposés aux patients afin qu'ils échangent entre pairs en présence d'un professionnel de santé, ce modèle ayant fait la preuve de son efficacité notamment dans « **l'apprentissage d'un nouveau mode de vie** ».



LE MODÈLE PROPOSÉ PAR LE GROUPE DE TRAVAIL



5 - <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Parcours-personnalise-du-patient-pendant-et-apres-le-cancer/Experimentation-du-parcours>

LES RECOMMANDATIONS OPÉRATIONNELLES DU GROUPE DE TRAVAIL

RÉFLEXIONS PRÉLIMINAIRES

Les recommandations du groupe de travail s'articulent autour des trois axes qui semblent les plus urgents et les plus légitimes :

- 1 - Les structures de prise en charge des patients**
- 2 - Le rôle et les outils pour les professionnels de santé**
- 3 - L'éducation thérapeutique du patient**

RECOMMANDATIONS D' ACTIONS

1. STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

1-1 ADOPTER L'UNITÉ DE LIEU DANS LE SUIVI DU PATIENT / CRÉER DES MAISONS DE L'OBÉSITÉ

Concept

Pour faciliter le suivi du patient qui peut être découragé par la multiplication de rendez-vous, mise en place de structures type « maison de l'obésité » similaires aux maisons du diabète où le patient peut être pris en charge de façon multidisciplinaire. A noter qu'il est essentiel que cette structure soit pensée comme un lieu de vie convivial, en-dehors des codes traditionnels du monde médical (blouses blanches, salles d'attente, etc.).

Format

Ces plateformes devront réunir les compétences de tous les professionnels de santé associés à la chaîne du traitement de l'obésité : chirurgien, médecin, diététicien, nutritionniste, psychiatre, psychologue, infirmier, professionnel de l'activité physique adapté.

Par ailleurs, il est recommandé que cette structure d'hôpital de jour puisse délivrer un suivi individualisé et adapté aux besoins du patient passant notamment par l'organisation d'ateliers collectifs (cours de cuisine, groupes de parole) qui, au-delà de leur objectif d'éducation thérapeutique, permettront aux patients de fixer leur attention sur d'autres sujets que leur poids.

Enfin, il est important que les patients puissent avoir accès à des consultations « en libre-service » avec des infirmiers qui pourront répondre à leurs questions ou les orienter vers des spécialistes si nécessaire.

Il est proposé que ces maisons de l'obésité soient labellisées selon un cahier des charges à définir avec les autorités de santé, les professionnels de santé et les associations de patients. Les centres ne remplissant pas ce cahier des charges se verront ôter leur label, voire leur autorisation à réaliser ces chirurgies.

2. RÔLE ET OUTILS POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

2-1 ECHANGER ET S'APPUYER SUR LES BONNES PRATIQUES EN MATIÈRE DE SUIVI EN FRANCE

Concept

Alors que les pratiques de suivi postopératoire sont très disparates en France, il semble utile de pouvoir disposer d'un état des lieux précis des différentes manières d'opérer des centres d'obésité en France. Cet état des lieux aurait un triple objectif :

- > Comparer la réalité du terrain aux recommandations actuellement en vigueur
- > S'inspirer / généraliser les bonnes pratiques de certains centres
- > Lancer le travail de mise en cohérence des pratiques des différents établissements de santé (publics et privés)

Format

Réalisation d'une enquête nationale quantitative et qualitative auprès des 425 établissements de santé pratiquant des chirurgies bariatriques afin d'identifier les lacunes et les principaux besoins des différents centres et tirer les enseignements des modèles de suivi qui ont fait leurs preuves.

A noter que cette initiative pourrait également être l'opportunité de pré-identifier les centres potentiellement labélisables dans une démarche de qualité.

2-2 RENFORCER LE RÔLE DU PHARMACIEN DANS LE SUIVI DU PATIENT

Concept

Le pharmacien est un professionnel de santé de proximité vers lequel le patient se tourne facilement et qui peut à ce titre jouer un rôle moteur dans le suivi du patient. Pour ce faire, il est indispensable que les pharmaciens soient sensibilisés aux enjeux de santé propres aux patients obèses, que ce soit à travers un support écrit ou éventuellement un site Internet dédié.

Une fois le pharmacien sensibilisé, celui-ci pourra jouer une double fonction dans le suivi du patient:

- > Orienter ou réorienter le patient vers une maison de l'obésité ou toute structure de prise en charge pertinente en cas de questionnement du patient
- > Dans un second temps, conseiller le patient sur le choix des compléments nutritionnels et dans certaines adaptations posologiques pour les pathologies associées à l'obésité

2-3 ANTICIPER ET PLANIFIER LE PARCOURS DU PATIENT

Concept

Alors que les patients ont difficilement une attitude proactive dans le suivi de leur santé, il semble intéressant de fixer, dès le début de la prise en charge, l'ensemble des rendez-vous médicaux pour l'année à venir, ceci afin de désamorcer les angoisses du patient et favoriser l'observance. Ce système aurait également pour avantage de permettre d'affiner la sélection des patients, et réduire le risque d'échecs thérapeutiques.

Format

Remise d'un planning au patient incluant l'ensemble des rendez-vous médicaux et consultations nécessaires à son suivi sur une période d'un an.

Il est recommandé à l'ensemble des établissements pratiquant des chirurgies bariatriques de tenir un registre des patients incluant les numéros de téléphone et mail de ces derniers afin de pouvoir les relancer avant chaque rendez-vous.

2-4 DÉVELOPPER DES OUTILS DE LIAISON ENTRE L'ÉQUIPE SOIGNANTE ET LES PATIENTS, ADAPTÉS ET EFFICACES

Concept

Pour améliorer l'observance, mise en place d'un « carnet patient » permettant aux patients de retrouver dans un seul outil l'ensemble des informations qui lui sont nécessaires. Cet outil sera également un outil de liaison utile tant pour les médecins généralistes que pour les pharmaciens d'officine qui pourront orienter ou conseiller le patient, notamment dans le cadre du suivi vitaminique qui tend à être insuffisant aujourd'hui.

Format

Un carnet conçu comme un mode d'emploi à sa pathologie pour le patient, faisant le point sur les effets secondaires des chirurgies bariatriques, les points de vigilance, des conseils alimentaires, le suivi vitaminique, les coordonnées de l'infirmier coordinateur, etc.

2-5 RENFORCER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ


Concept

Les enjeux spécifiques à l'obésité sont en général peu connus des professionnels de santé, que ce soient les médecins généralistes ou les psychologues et psychiatres. A ce titre, il semble nécessaire de renforcer la formation des médecins généralistes en la matière et notamment en nutrition. Par ailleurs, il est important de sensibiliser davantage les psychologues et psychiatres aux enjeux soulevés par cette pathologie pour les patients, avec pour objectif de créer un réseau Psy-Obésité permettant de répondre aux besoins des patients, souvent en situation d'impasse.

Format

Développement d'un module de formation à l'adresse des médecins généralistes, des psychologues et des psychiatres dédié à l'appréhension des enjeux de l'obésité permettant de faire le point sur :

- > L'accompagnement médical nécessaire à ce type de pathologie, les pathologies secondaires qui y sont associées, le parcours de soins pour le patient
- > L'accompagnement psychologique des personnes obèses, dans le cadre ou non d'une chirurgie bariatrique, et le cas échéant en pré et en postopératoire.



Les enjeux spécifiques à l'obésité sont en général peu connus des professionnels de santé

3. EDUCATION THÉRAPEUTIQUE

3-1 RENFORCER LA PRÉPARATION PSYCHOLOGIQUE DU PATIENT À SA CHIRURGIE

Concept

La préparation des patients à l'opération, et plus largement à la guérison, dans le cadre d'une chirurgie de l'obésité est indispensable et conditionne la réussite du suivi postopératoire. En effet, en amont de l'opération, il est essentiel de prendre en compte l'anxiété du patient en répondant aux questions, nombreuses, qui surviennent avant l'intervention. Il est également nécessaire d'aider le patient à comprendre les mécanismes, parfois tabous, ayant conduit à la prise de poids. Par ailleurs, la chirurgie bariatrique est fréquemment vécue comme une solution miracle qui mettra un terme à des années de souffrance. Or, le patient doit être sensibilisé au fait qu'il devra être suivi à vie.

A ce titre, le suivi psychologique, avant et après l'opération, est crucial. Il doit permettre d'évaluer les attentes du patients, l'aider à démarrer une nouvelle vie et à se réapproprier son corps ainsi qu'à l'accompagner en cas de reprise de poids, souvent vécue comme un échec personnel par le patient.

Il est essentiel de responsabiliser le patient afin que ce dernier se sente impliqué

3-2 RESPONSABILISER LE PATIENT ET LE RENDRE ACTEUR DE SES SOINS

Concept

Les défaillances du suivi postopératoire ne s'expliquent pas uniquement par des difficultés d'ordre organisationnel ou associées aux professionnels de santé. Comme rappelé ci-dessus, à l'issue de l'opération, le patient peut se sentir « guéri » et estimer ne plus nécessiter de suivi médical. A ce titre, il est essentiel de responsabiliser le patient afin que ce dernier se sente impliqué et ait une attitude proactive dans son propre suivi.

Format

Mise en place d'un contrat tripartite entre le patient, l'établissement de soins et l'équipe médicale, mettant l'accent sur les obligations de chacun et engageant le patient à respecter le suivi postopératoire nécessaire à ce type d'intervention chirurgicale.

3-3 RENFORCER / ADAPTER L'INFORMATION AU PROFIL DU PATIENT DÈS SON PARCOURS PRÉOPÉRATOIRE

Concept

Les patients sont de plus en plus nombreux à consulter Internet pour s'informer sur la chirurgie bariatrique. Or les informations peuvent être incomplètes, imprécises voire erronées. Aussi, il est indispensable de mettre l'accent sur l'information du patient dès la phase préopératoire afin que celui-ci ait tous les renseignements nécessaires à une bonne prise en charge sur la durée.

Format

Mise en place d'une information en continu à travers des outils simples et pédagogiques : brochures informatives, quizz, adaptés aux profils des patients.

3-4 MODIFIER LES CERCLES VICIEUX CONDITIONNÉS DES PATIENTS

Concept

Comme l'ont rappelé les membres du groupe de travail, les patients obèses sont en général conditionnés sur deux points :

- > L'alimentation, utilisée souvent comme un antidépresseur
- > L'activité physique qui fait peur aux patients obèses qui n'y sont plus habitués. Il faut rompre le cercle vicieux du déconditionnement à l'activité physique et le transformer en cercle vertueux

A travers le déconditionnement des patients, l'objectif est donc double :

- > Rééduquer le patient à l'alimentation : sensibiliser à une alimentation choisie, peu transformée, basée sur la recherche de saveurs et la qualité et pouvant être une source de plaisir.
- > Rompre le cercle vicieux de la spirale du déconditionnement physique : Réintroduire l'activité physique dans le quotidien des patients pour éviter la réduction de la masse musculaire, facteur de reprise de poids. Par ailleurs, l'activité physique permet au patient de se sentir moins fatigué, moins essoufflé pour les activités de la vie courantes et facilite leur socialisation.

3-5 METTRE EN PLACE UNE POSSIBILITÉ DE SUIVI DES PATIENTS EN-DEHORS DE TOUTE STRUCTURE MÉDICALE

Concept

Selon les membres du groupe de travail, les patients ayant été opérés sont souvent intéressés par la possibilité de bénéficier d'un suivi en-dehors de toute structure médicale. En effet, les patients sont parfois plus à l'aise pour partager leurs expériences, leurs doutes et échanger des conseils avec leurs pairs plutôt qu'avec les membres d'une équipe médicale.

Format

Ce suivi, qui pourrait être assuré par les associations de patients peut se traduire concrètement de plusieurs façons : constitution de groupes de parole, permanences au sein d'une association, forums,...

3-6 ADAPTER LA COMMUNICATION AU PROFIL DU PATIENT

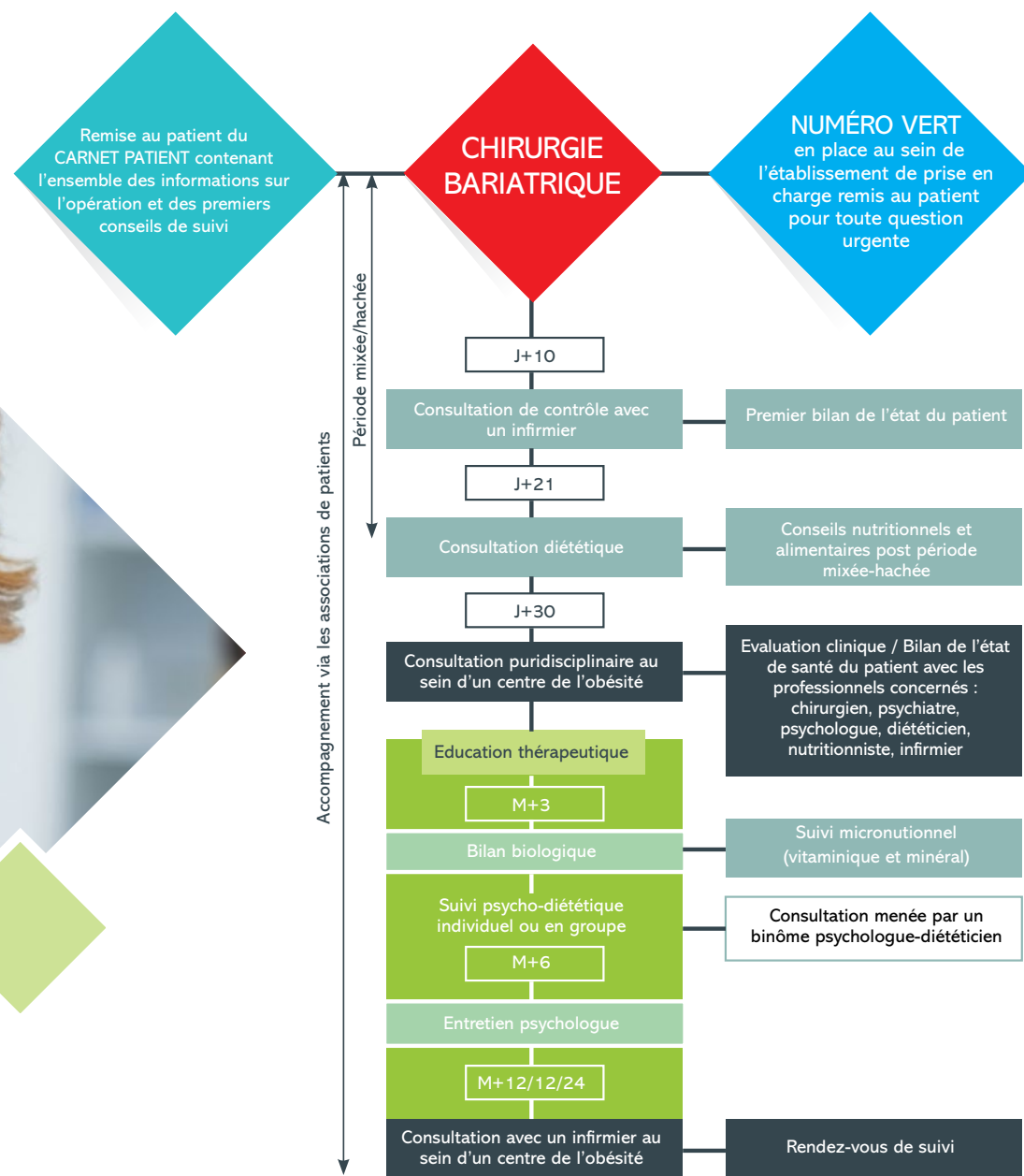
Concept

La communication autour de l'obésité peut être perçue par certains patients comme trop anxiogène et parfois déstabilisatrice. Si bien évidemment le principe de réalisme de la communication sur cette pathologie ne doit pas être remis en cause, il paraît important de pouvoir aussi délivrer des messages non stigmatisants et non culpabilisateurs à l'adresse du patient. Par ailleurs, il est intéressant d'utiliser ce type de message, dans le cadre d'une chirurgie bariatrique, pour souligner l'impact positif de l'observance sur la santé des patients afin de les sensibiliser à l'importance du suivi post-chirurgie.



SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

PARCOURS DE SUIVI DES PATIENTS PRIS EN CHARGE DANS LE CADRE D'UNE CHIRURGIE BARIATRIQUE



RECOMMANDATIONS D'ACTIONS

PROJET	OBJECTIFS
STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE	
Création de maisons de l'obésité labellisées	Favoriser le suivi multidisciplinaire des patients sur une seule plateforme réunissant l'ensemble des compétences nécessaires Harmoniser les pratiques de suivi postopératoire en France
RÔLE ET OUTILS POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	
Lancement d'une enquête nationale quantitative et qualitative sur les pratiques des centres pratiquant des chirurgies bariatriques en matière de suivi postopératoire	Comparer la réalité du terrain aux recommandations actuellement en vigueur S'inspirer / généraliser les bonnes pratiques de certains centres Lancer le travail de mise en cohérence des pratiques des différents établissements de santé
Généralisation du rôle des infirmiers coordinateurs	Permettre au patient de bénéficier d'un référent capable de le conseiller ou de l'orienter selon ses questions
Renforcement du rôle du pharmacien dans le suivi du patient	Habiliter un professionnel de santé de proximité à orienter ou réorienter le patient vers une structure de prise en charge de l'obésité Permettre au pharmacien de conseiller le patient sur le choix des compléments nutritionnels et dans certaines adaptations posologiques pour les pathologies associées à l'obésité
Remise systématique au patient d'un planning incluant l'ensemble des rendez-vous médicaux et consultations nécessaires à son suivi sur une période d'un an	Désamorcer les éventuelles angoisses des patients et favoriser l'observance
Mise en place d'un « carnet patient »	Permettre au patient de retrouver toutes les informations nécessaires à son suivi dans un seul outil Favoriser la coordination entre les équipes soignantes
Développement d'un module de formation pour les professionnels de santé sur l'obésité	Renforcer la formation des professionnels sur les enjeux médicaux propres à l'obésité
ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE	
Renforcement de la dimension psychologique du suivi du patient	Evaluer les attentes du patient et l'accompagner en cas de reprise de poids
Mise en place d'un contrat tripartite entre le patient, l'établissement de soins et l'équipe médicale, mettant l'accent sur les obligations de chacun	Formaliser le suivi postopératoire comme une condition de la chirurgie bariatrique
Mise en place d'outils d'information pédagogiques sur la chirurgie (quizz, brochures)	Améliorer la compréhension du patient du parcours de soins Favoriser les documents certifiés comme source principale d'information du patient
Sensibilisation des patients à l'alimentation et à l'activité physique	Rompre les cercles vicieux des patients sur l'alimentation et l'activité physique tout en conservant la notion de plaisir
Mise en place de possibilités de suivi en dehors de toute structure médicale	Permettre aux patients d'échanger entre pairs, permettant dans certains cas de libérer la parole
Communication positive : souligner l'impact positif de l'observance sur la santé des patients afin de les sensibiliser à l'importance du suivi	Éviter toute culpabilisation nocive du patient qui pourrait comporter un risque pour le bon suivi

A PROPOS DE L'OBÉSITÉ EN FRANCE

Selon l'OMS, l'obésité serait
responsable en moyenne au
niveau européen de
6% des dépenses de santé
et de **10 à 13%**
des décès
(toutes causes confondues).

L'OBÉSITÉ EN FRANCE : UNE PATHOLOGIE EN PLEINE EXPANSION DONT L'IMPACT RESTE LARGEMENT SOUS-ESTIMÉ

1. L'OBÉSITÉ EN FRANCE : UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

L'obésité est définie par un indice de masse corporelle (IMC=poids/taille²) supérieur à 30 kg/m². Au-delà de 35 kg/m², on parle d'obésité sévère, au-delà de 40 kg/m² on parle d'obésité morbide ou massive.

En 2012, 32,3% des Français adultes sont en surpoids et 15% sont obèses, soit 7 millions de personnes. Parmi elles, 550 000 personnes sont atteintes d'obésité sévère ou morbide, c'est-à-dire avec un IMC supérieur à 40.

Chez les jeunes Français, l'obésité concerne 3,5% des enfants de 5-6 ans (en 2012-2013) et environ 4% des adolescents des classes de CM2 et troisième (en 2008 - 2009). A noter qu'elle est stable chez ces derniers et diminue chez les plus jeunes depuis une quinzaine d'années. Il est intéressant de noter sur ce point que le poids pendant l'enfance est un élément prédictif du poids à l'âge adulte. Ainsi, l'Assurance Maladie souligne que la probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 % à 50 % avant la puberté, jusqu'à un taux compris entre 50 et 70 % après la puberté.

L'obésité est une pathologie qui affecte également différemment la population. Selon l'Assurance Maladie, elle est deux fois plus importante chez les personnes ayant un niveau équivalent ou inférieur au bac+2 que chez celles ayant eu un parcours d'éducation long. La prévalence de l'obésité varie également géographiquement. Elle est particulièrement fréquente dans certaines régions, en particulier le Nord de la France et les départements d'outre-mer.

L'obésité est un déterminant de la santé qui expose les personnes concernées à de nombreuses pathologies secondaires parmi lesquelles maladies cardiovasculaires, métaboliques et articulaires (notamment hypertension artérielle, syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéoarticulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique).

Selon l'OMS, l'obésité serait responsable en moyenne au niveau européen de 6% des dépenses de santé et de 10 à 13% des décès.

2. UN DÉCALAGE ENTRE LES PERCEPTIONS DES FRANÇAIS DE L'OBÉSITÉ ET LA RÉALITÉ

En mai 2015, la European Association for the Study of Obesity a publié les résultats d'une enquête conduite par l'agence indépendante de recherche stratégique Opinium dans sept pays, auprès de 14 000 citoyens européens, dont 2 000 Français.

Trois faits saillants peuvent être observés :

- > Les Français, tout comme les Européens, sous-estiment leur propre corpulence : 16% de ceux qui considèrent leur poids comme étant normal, se trouvent en réalité en surpoids ;
- > Les cas d'obésité sont mésestimés: Plus d'un quart (28%) de ceux qui se considèrent en surpoids présentent en réalité un cas d'obésité ;
- > L'impact de l'obésité sur la santé est largement ignoré : Seuls 16% des personnes interrogées savent que l'obésité peut être une cause de cancer.

Les Français, tout
comme les Européens,
**sous-estiment leur
propre corpulence**

6 - Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Propositions de l'Assurance Maladie pour 2016, Rapport au ministre chargé de la Sécurité Sociale et au parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2016, juillet 2015, p.18-29

7 - <http://easo.org/perception-survey/>

8 - Allemagne, Belgique, Danemark, Finlande, France, Italie, Royaume-Uni

LA CHIRURGIE BARIATRIQUE : UN TRAITEMENT RÉGLEMENTÉ AYANT FAIT LA PREUVE DE SON EFFICACITÉ

1. UNE PROCÉDURE STRICTEMENT ENCADRÉE EN FRANCE

La Haute Autorité de Santé a émis en 2009 des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge chirurgicale de l'obésité chez l'adulte .

Elles précisent les conditions dans lesquelles cette chirurgie peut être envisagée :

- > Patients avec un IMC ≥ 40 kg/m² ou bien avec un IMC ≥ 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie ;
- > En deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois ;
- > En l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids ;
- > Patients bien informés au préalable, ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires ;
- > Patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme ;
- > Risque opératoire acceptable.

2. UNE PROCÉDURE QUI A FAIT LA PREUVE DE SON EFFICACITÉ

S'appuyant sur un recul de 20 ans, de nombreuses études ont mis en évidence l'efficacité de la chirurgie bariatrique qui est toujours supérieure à la prise en charge médicale. L'Assurance Maladie indique ainsi que : « l'intervention permet tout d'abord une perte de poids rapide et importante, pouvant atteindre 60% de l'excès de poids initial, bien supérieure à celle occasionnée par une prise en charge hygiéno-diététique. Mais elle peut également avoir un impact sur le métabolisme, soit directement par la perte de poids, soit dans le cas de chirurgie malabsorptive par des mécanismes métaboliques plus complexes. Elle réduit l'incidence des comorbidités liées à l'obésité (diabète de type 2, apnée du sommeil, hypertension artérielle, arthrose, atteinte hépatique non alcoolique, etc.) et peut occasionner des rémissions quand ces pathologies sont déjà présentes. Enfin, l'opération entraîne une amélioration de la qualité de vie des patients, peut rendre possible les grossesses et limiter le nombre d'arrêts de travail et de situations d'invalidité ».

L'Assurance Maladie précise également que l'efficacité des interventions est aussi désormais solidement établie. « En fonction des hypothèses retenues

(horizon temporel, impact sur les comorbidités à long-terme, coûts pris en compte), elle apparaît soit moins chère, soit plus chère avec un ratio différentiel coûts-résultats faible, et donc toujours efficiente. La chirurgie est encore plus efficiente chez certains patients : c'est le cas des patients diabétiques de type 2, et de ceux avec un IMC très élevé (>50 kg/m²). Les recommandations de certains pays, notamment l'Allemagne et l'Angleterre, évoluent progressivement vers des indications métaboliques, c'est à dire la réalisation d'une chirurgie, chez des personnes obèses ayant l'IMC le moins élevé (30-35 kg/m²) mais qui ont développé des anomalies métaboliques et en particulier un diabète ».

A noter cependant, que comme pour tout traitement aussi efficace soit-il, les bénéfices de la chirurgie peuvent s'estomper avec le temps et être associés à des effets secondaires, ceci expliquant notamment la nécessité d'un suivi régulier tout au long de la vie.

3. UNE PROCÉDURE EN PROGRESSION

En 2014, 47 000 personnes ont été opérées en France. Depuis 2006, 190 000 opérations ont été réalisées en France. Si l'on extrapole la tendance observée entre 2011 et 2013 jusqu'en 2017, cela porterait à 450 000 le nombre de personnes opérées. Selon les données de l'Assurance Maladie, en 2013, les caractéristiques des personnes opérées sont les suivantes.

Les patients sont :

- > Des femmes (82%)
- > Agées en moyenne de 40 ans
- > 16% bénéficient de la CMU complémentaire contre 7% de la population de même âge et sexe
- > Avec une obésité importante (58% ont un IMC entre 40-49 kg/m² et 10% supérieur ou égal à 50 kg/m²)
- > Fréquemment associée à des comorbidités : 11% sont diabétiques, un quart ont un traitement antihypertenseur, 10% un traitement de l'asthme ou de la bronchite chronique et 16% un traitement antidépresseur.

La chirurgie
bariatrique réduit
l'incidence des
comorbidités liées
à l'obésité

L'opération entraîne
une amélioration de
la qualité de vie
des patients



◆ **Ont contribué au développement de ce livre blanc les membres du Groupe de travail « Chirurgie bariatrique – Améliorer le suivi postopératoire des patients » :**

M. Anthony Berthou – Nutritionniste – Nantes, Lausanne
Mme Pauline Blanchet – Infirmière coordinatrice – Paris
Pr. Faredj Cherikh – Psychiatre – Nice
Dr. Renaud Chiche – Chirurgien – Paris
Pr. Martine Duclos – Endocrinologue, Physiologiste, Médecin du sport – Clermont-Ferrand
Mme Mathilde Duclos – Infirmière coordinatrice – Paris
M. Jean-Benoît Dumonteix – Psychologue – Paris
Mme Anne-Sophie Joly – Présidente du Collectif National des Associations d’Obèses – Paris
Dr. Eric Myon – Pharmacien – Paris

◆ **Réalisé avec le soutien institutionnel de Medtronic**