

AMELIORATION AU SEIN D'UNE PRATIQUE DE GROUPE
EN MEDECINE GENERALE DU SUIVI POST-OPERATOIRE
DU PATIENT AYANT BENEFICIE D'UNE CHIRURGIE
BARIATRIQUE DATANT DE PLUS DE 6 MOIS :
RECHERCHE-ACTION

Master complémentaire en médecine générale
Travail de fin d'études
2019-2020

Dr Laura Polomé
Promoteur : Dr Sylvianne Leruth

Remerciements

Au Dr S. De Rouffignac, au Dr D. Herman et Pr B. Navez pour leurs conseils avisés ;
à vous, mes chères collègues, qui avez participé avec enthousiasme à cette expérience ;
à vous, Sylvianne, qui avez été patiente, de bon conseil et attentive à toutes mes interrogations
et surtout à mon bien-être ;
à vous, Laurianne, Claude et maman, pour la relecture ;
à toi, Olivier, pour ton humour et toutes ces discussions enrichissantes ;
à toi, Florian, qui m'a supportée au quotidien dans les bons moments comme dans mon stress
et mes frustrations ;
à notre petit bout à venir ;
à ma famille ;

tout simplement merci.

Résumé

Introduction

La prévalence mondiale de l'obésité a presque triplé depuis 1975 (1). La chirurgie bariatrique (CB) doit être considérée comme un traitement de choix lorsqu'une adaptation du mode de vie n'a pas permis d'obtenir la perte de poids escomptée chez les patients en obésité morbide ou sévère associée à une hypertension artérielle résistante au traitement, un syndrome des apnées obstructives du sommeil ou un diabète de type II (2). Face à l'essor de cette chirurgie, le médecin généraliste prend un rôle déterminant dans le suivi post-opératoire ne pouvant plus se dérouler uniquement en milieu hospitalier.

Objectif

Le but de ce travail est d'améliorer le suivi des patients ayant subi une chirurgie bariatrique datant de plus de 6 mois, au sein de l'association de médecins dans laquelle je travaille en province du Luxembourg.

Méthodologie

Ce travail s'est organisé en deux temps et consiste en une recherche de littérature suivie d'une recherche-action ayant pour but d'améliorer la prise en charge des patients ayant un antécédent de chirurgie bariatrique datant de plus de 6 mois.

Résultats

Après la recherche-action, nous observons une augmentation des connaissances de l'équipe, du nombre de patients ayant reçu une anamnèse complète, un examen clinique encodé, des prescriptions de biologie et de compléments alimentaires adéquates et une meilleure visibilité de l'antécédent chirurgie bariatrique dans les dossiers. Nous notons également une amélioration globale de la satisfaction des soignants concernant la prise en charge de ces patients. Après discussion, les médecins estiment avoir amélioré le suivi des patients ayant eu recours à la chirurgie bariatrique depuis plus de 6 mois au sein de l'association médicale.

Discussion

Au vu de la courte durée de cette expérience, une analyse des dossiers à plus long terme serait nécessaire pour exclure un biais lié au temps d'expérimentation. Par la suite nous aimerions mettre l'accent sur l'importance d'une prise en charge holistique du patient. Dans cette optique, l'organisation d'un trajet de soin bariatrique semble être une solution intéressante.

Mots-clés

Chirurgie bariatrique, suivi, médecine générale.

Table des matières

I. Glossaire et abréviations	6
II. Introduction	7
II.1. Généralités	7
II.2. Le cas de la Belgique	7
II.3. Lien avec la pratique du généraliste	7
II.4. Mon expérience personnelle	8
II.5. Objectif du TFE	9
III. Méthodologie	10
III.1. Recherche en littérature	10
III.2. Recherche-action	11
III.2.1. Identification du problème	11
III.2.1.1. Analyse rétrospective des dossiers	11
III.2.1.2. Point de vue des médecins	13
III.2.2. Etablissement d'un plan d'action	13
III.2.3. Mise en place de l'action	13
III.2.4. Evaluation des effets de l'action	13
III.2.5. Discussion au terme de l'action	14
III.3. Aspect éthique	14
III.4. Diagramme de Gantt	14
IV. Résultats	15
IV.1. Résultats de la recherche bibliographique	15
IV.1.1. Rappel théorique	15
IV.1.1.1. Les différentes interventions de chirurgie bariatrique	15

IV.1.1.2. Critères de remboursement en Belgique	15
IV.1.1.3. Contre-indications	16
IV.1.2. Efficacité – sécurité – coût	16
IV.1.2.1. Efficacité	16
IV.1.2.2. Sécurité	17
IV.1.2.3. Rapport coût-efficacité	18
IV.1.3. Importance du suivi et compliance	18
IV.1.4. Barrières au suivi	19
IV.1.5. Rôle du médecin généraliste	20
IV.1.6. Recommandations concernant le suivi dédiées aux médecins généralistes	20
IV.2. Résultats des différentes parties de la recherche-action	24
IV.2.1. Identification du problème	24
IV.2.1.1. Analyse rétrospective des dossiers	24
IV.2.1.2. Point de vue des médecins	26
IV.2.2. Etablissement d'un plan d'action	26
IV.2.3. Mise en place de l'action	32
IV.2.4. Evaluation des effets de l'action	32
V. Discussion	35
V.1. Discussion concernant la recherche en littérature	35
V.2. Discussion concernant la recherche-action	36
V.2.1. Discussion de l'analyse rétrospective des dossiers	36
V.2.2. Discussion des résultats de la recherche-action	37
VI. Conclusion	39
VII. Bibliographie	40
VIII. Annexes	43

I. Glossaire et abréviations

AM : association médicale ou association de médecins

ARSI : Association de Recherche en Soins Infirmiers

CB : chirurgie bariatrique

CDLH : Cebam Digital Library for Health

CISMeF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

DMG : dossier médical global

EBM : evidence-based medicine

HTA : hypertension artérielle

HAS : Haute Autorité de santé

IMC : indice de masse corporelle

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

MG : médecine générale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PTH : parathormone

RGO : reflux gastro-oesophagien

RCT : randomized controlled trial

SAOS : syndrome des apnées obstructives du sommeil

TFE : travail de fin d'étude

II. Introduction

II.1. Généralités

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la prévalence mondiale de l'obésité a presque triplé depuis 1975. En 2016, 39% des adultes étaient en surpoids ($IMC > \text{à } 25\text{kg/m}^2$) et 13% étaient obèses ($IMC > \text{à } 30\text{kg/m}^2$). Il est bien connu que l'obésité est un facteur de risque majeur pour les maladies cardiovasculaires, le diabète, les troubles musculosquelettiques et même certains cancers (1). Une augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC) est également associée à une augmentation du risque de décès (2,3). La chirurgie bariatrique (CB) doit être considérée comme une option thérapeutique de choix lorsqu'une adaptation du mode de vie n'a pas permis d'obtenir la perte de poids escomptée chez les patients ayant un $IMC > \text{à } 40\text{ kg/m}^2$ ou $> \text{à } 35\text{kg/m}^2$ associé à une hypertension artérielle (HTA) résistante au traitement, un syndrome des apnées obstructives du sommeil (SAOS) ou un diabète nécessitant un traitement médicamenteux. La CB est actuellement reconnue comme le traitement à long terme le plus efficace dans le cadre de l'obésité sévère ($IMC > \text{à } 35\text{ kg/m}^2$) compliquée d'une HTA, d'un SAOS ou d'un diabète et de l'obésité morbide ($IMC > \text{à } 40\text{ kg/m}^2$) (2). Cette option thérapeutique nécessite un suivi post-opératoire régulier tout au long de la vie, l'obésité devant être considérée comme une maladie chronique.

II.2. Le cas de la Belgique

En Belgique, 29% de la population (de 3 à 64 ans) seraient en surpoids et 16% seraient obèses. Le recours à la chirurgie bariatrique est en plein essor dans notre pays ces dernières années. En 2016, plus de 13000 opérations ont été réalisées en Belgique ce qui équivaut à une augmentation de 80% des interventions par rapport à 2009. L'intervention la plus fréquemment réalisée est le bypass gastrique suivi de près par la sleeve (2,4).

II.3. Lien avec la pratique du généraliste

Dans sa pratique de tous les jours le médecin généraliste est confronté à des patients obèses ou ayant eu recours à la chirurgie bariatrique. Un article paru dans la revue médicale de Liège pointe les difficultés de ceux-ci dans le suivi post-opératoire de la CB comme le manque de connaissance à propos de la chirurgie et de ses complications ou implications potentielles (par exemple en cas de grossesse), la difficulté à trouver sa place au sein de l'équipe

multidisciplinaire ou pour certains le manque de temps en consultation. Les généralistes faisaient également remarquer que les patients venaient rarement les consulter dans le cadre de cette problématique (5). Cependant au vu de l'essor de la CB, la prise en charge des patients ne pourra pas se dérouler uniquement en milieu hospitalier. Il semble donc nécessaire de trouver des solutions pour faciliter et améliorer le travail du médecin généraliste dans cette tâche qui rentre intégralement dans son rôle de suivi des maladies chroniques.

II.4. Mon expérience personnelle

En tant que jeune médecin généraliste et lors de mes stages hospitaliers, j'ai fréquemment rencontré des patients ayant eu recours à la chirurgie bariatrique. Certaines situations, ci-dessous illustrées par quelques vignettes, ont retenu mon attention.

Tableau 1 : vignettes illustratives

<p>Vignette n°1 :</p> <p>Lors d'un premier contact avec une patiente, je l'interroge concernant ses antécédents. La patiente me conte alors son parcours en chirurgie bariatrique. « J'ai commencé il y a 15 ans par la pose d'un anneau gastrique. Ça n'a pas fonctionné pour moi et avec le chirurgien nous avons décidé de passer au bypass. J'ai alors perdu 45kg et suis passée de 120 à 75kg. Je n'ai pas revu régulièrement ce chirurgien et je suis remontée à 112 kg après 9 ans. L'année dernière, j'ai consulté un autre chirurgien et j'ai été opérée d'une sleeve. Je suis assez déçue du résultat, je n'ai perdu qu'une dizaine de kilos et j'avoue que je n'ai pas le courage de retourner en consultation de suivi car ce centre est à une centaine de kilomètres de chez moi. »</p>
<p>Vignette n°2 :</p> <p>En discutant avec une patiente concernant sa récente sleeve (il y a 20 mois), elle me dit : « J'ai revu le chirurgien pour la consultation à 12 mois, il a dit que tout était parfait, je n'ai plus besoin de le consulter en suivi. »</p>
<p>Vignette n°3 :</p> <p>« J'ai été opérée d'une dérivation biliopancréatique il y a 8 ans. Je suis suivie par un chirurgien et n'en ai jamais vraiment discuté avec mon ancien médecin traitant. J'ai revu le chirurgien pour la dernière fois il y a 2 ans mais je n'ai plus envie de le voir. C'est loin, la</p>

consultation est très rapide, le chirurgien semble débordé et je ne me sens pas écoutée. J'ai acheté des compléments via un site américain et j'espère qu'ils sont suffisants. »

A la biologie la patiente présente des carences en vitamine B12, vitamine D, vitamine A et Zinc. La PTH est également augmentée.

Ces quelques cas, représentatifs de bien d'autres, m'ont fait remarquer que ma connaissance des guidelines était effectivement lacunaire, que certains patients dans ma pratique n'avaient pas un suivi optimal et que je ne connaissais pas mon rôle dans ce suivi ni la fréquence de celui-ci.

Je travaille actuellement en association médicale (AM) dans la région de Virton. J'ai pu constater lors de nos réunions hebdomadaires que mes collègues partageaient les mêmes interrogations et souhaiteraient améliorer leur prise en charge de ce groupe de patients.

De tout ceci est né un long questionnement : existe-il des guidelines concernant ce suivi et quelles sont-elles ? Où est mon rôle en tant que médecin généraliste ? Le suivi est-il adéquat chez une majorité de patients en règle générale ? Quelles sont les barrières au suivi de ces patients ? Est-ce que le sentiment de prise en charge lacunaire éprouvé par mes collègues et moi-même correspond à un suivi effectivement inadéquat dans notre AM ? Que puis-je mettre en place pour améliorer le suivi dans l'association de médecins à laquelle j'appartiens si ce suivi est inadéquat ? La première partie de ces interrogations a été résolue lors de ma recherche de littérature. Une analyse rétrospective des dossiers des patients concernés m'a permis d'apprécier la qualité du suivi relatif à cette chirurgie et d'y corréliser notre ressenti. Une dernière question semble alors s'imposer : Que pouvons-nous mettre en place pour améliorer le suivi des patients ayant eu recours à la CB au sein de notre association de médecins ? Je vous propose de suivre le déroulement de ma réflexion, et le détail de ces différentes recherches dans ce travail.

II.5. Objectif du TFE

Le but de ce travail est donc d'évaluer et de tenter d'améliorer la prise en charge des patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique datant de plus de 6 mois au sein de l'association de médecins dans laquelle je travaille en province du Luxembourg. Ne sera pas abordé dans ce travail l'aspect pré-interventionnel qui, à mes yeux, semble tout aussi important, et peut être sujet d'un TFE à part entière.

III. Méthodologie

Mon travail s'est organisé en deux temps. Premièrement, j'ai réalisé une recherche de littérature dans le but d'approfondir mes connaissances concernant la chirurgie bariatrique et de répondre à mes interrogations concernant le suivi relatif à celle-ci. Dans un deuxième temps, j'ai lancé une étude de recherche-action au sein de l'AM. J'ai été, pour cette dernière, aidée par les conseils du Dr S. De Rouffignac et par le guide « Carnet de bord « assurance de qualité » » (6).

III.1. Recherche en littérature

J'ai réalisé mes recherches en essayant de suivre la pyramide des connaissances proposée par la Cebam Digital Library for Health (CDLH) (7). J'ai commencé le 29/05/2019 en interrogeant le site de la CDLH avec le mot-clé « chirurgie bariatrique ». J'ai ainsi été dirigée vers le site du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé belge (KCE), Ebpracticenet et le site de Farmaka. J'ai ensuite bifurqué sur le site Dynamed Plus avec le mot-clé « bariatric surgery ». J'ai ainsi pu découvrir une quantité intéressante d'informations générales pour approfondir mes connaissances théoriques concernant la chirurgie bariatrique et cette première recherche m'a également permis de trouver une partie des recommandations concernant le suivi.

Ensuite, j'ai utilisé le Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CISMeF) ainsi que le LiSSa (Littérature Scientifique en Santé) en m'aidant des mots-clés « suivi et chirurgie bariatrique » qui m'ont permis de trouver d'autres articles en français et m'ont conduit vers le site de la Haute Autorité de Santé (HAS).

J'ai également consulté le site de l'OMS concernant le thème de l'obésité pour connaître les principaux faits et chiffres mondiaux à ce propos.

Enfin, pour compléter mes informations, j'ai utilisé le moteur de recherche Pubmed. J'ai voulu affiner ma recherche concernant le rôle du médecin généraliste dans le suivi avec les mots-clés « bariatric surgery and general practitioner and follow-up ». Et pour aller plus loin dans ma recherche concernant la compliance et les barrières, j'ai entré les mots-clés « patient compliance and bariatric surgery ».

Plus récemment, une collègue m'a invitée à lire l'article paru en mai 2018 dans le *Louvain Médical* écrit par le Pr. B. Navez et le Pr. Thissen (8). Sur recommandation du comité d'éthique (« Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc – UCLouvain »), j'ai d'ailleurs pris contact avec le Pr. Navez qui a été de très bon conseil.

III.2. Recherche-action

L'étude a été réalisée sous forme d'une recherche-action partagée en 5 phases : l'identification du problème, l'établissement d'un plan d'action, la mise en place de l'action, l'évaluation des effets de l'action et la discussion des résultats.

III.2.1. Identification du problème

III.2.1.1. Analyse rétrospective des dossiers

J'ai réalisé une analyse rétrospective des dossiers des patients de l'AM qui ont eu recours à une chirurgie bariatrique dans le but d'apprécier la qualité du suivi relatif à cette chirurgie. Nous avons récemment changé de logiciel et sommes passées du logiciel labellisé Epicure au logiciel labellisé Médispring. Lors de la réalisation de cette première étude, Médispring ne comprenait pas encore d'outil permettant la réalisation de statistiques. Pour une raison de facilité, j'ai donc utilisé notre ancienne banque de données Epicure, toujours disponible, dont la dernière mise à jour ne datait que de quelques mois pour sélectionner les dossiers des patients.

Les critères d'inclusion étaient :

- patient âgé entre 18-80 ans ;
- patient dont le DMG appartient à l'un des médecins de l'association¹ ;
- présence dans les antécédents d'au moins un de ces termes : « sleeve », « gastrectomie », « gastroplastie », « anneau gastrique »², « bypass » ou « dérivation biliopancréatique ».

Deux critères d'exclusion ont été retenus :

- patient décédé ;
- chirurgie bariatrique datant de moins de 6 mois ;

¹ Le fait que le DMG appartienne à un médecin de l'association sous-entend que le patient fait bien partie de la liste des patients de l'association de médecins et a été vu en consultation au moins une fois au cours des 2 dernières années, le DMG étant valable jusqu'à la fin de la 2e année calendrier qui suit l'année de l'ouverture ou la prolongation du DMG.

² À l'exception des anneaux retirés sans autre chirurgie bariatrique réalisée par la suite.

La recherche systématisée par mots-clés, via l'outil « éléments paramétrables » du logiciel, n'a pas permis de recenser chaque patient ayant subi une chirurgie bariatrique, car pour une partie des patients, les antécédents étaient encodés en texte libre (et non selon des mots-clés systématisés). Pour écarter ce problème, j'ai donc travaillé en 2 temps. Un premier tri a été réalisé suite au passage par les filtres « >18ans et <80 ans » et « patient dont le DMG appartient à l'un des médecins de l'association ». A partir de ce listing, les antécédents de chaque dossier ont été inspectés et les dossiers contenant les mots « sleeve », « gastrectomie », « gastroplastie », « anneau gastrique », « bypass » ou « dérivation biliopancréatique » ont été choisis.

Pour chaque dossier sélectionné, différentes données ont été récoltées dont les renseignements généraux (âge, sexe, type de la chirurgie). Les autres données recueillies dans le but d'apprécier la qualité du suivi ont été présentées selon un modèle binaire :

- présence de traces (ou non) d'une anamnèse relative à la CB (en accord avec la littérature) dans le dossier médical, dans la dernière année, en médecine générale ;
- présence (ou non) dans le dossier de rapports de spécialistes relatifs à la CB dans la dernière année ;
- présence (ou non) d'une biologie relative complète (en accord avec la littérature), dans la dernière année, prescrite en médecine générale ou chez le spécialiste ;
- réalisation (ou non) d'une mesure du poids, dans la dernière année, en médecine générale ;
- réalisation (ou non) d'une mesure du tour de taille, dans la dernière année, en médecine générale ;
- traces (ou non) d'une prescription (effectuée par le médecin généraliste ou un spécialiste) d'un complément alimentaire adapté (en accord avec la littérature) dans la dernière année ;
- Suivi complet (par sa fréquence) selon les guidelines, par le spécialiste dans la première année suivant la chirurgie ;
- Suivi réalisé (ou non) à la fréquence préconisée dans les guidelines tout au long des années depuis la chirurgie.

Les données ont été consignées sous forme d'un tableau (ANNEXE 1.a) où les renseignements généraux sont consignés en valeurs absolues et les autres items selon un modèle binaire où la présence du critère est représentée par « 1 » et son absence par « 0 ».

III.2.1.2. Point de vue des médecins

Dans le but de connaître l'avis des médecins participants concernant la qualité de la prise en charge post-chirurgie bariatrique de leurs patients ainsi que les barrières à celle-ci, un questionnaire de satisfaction (ANNEXE 2) leur a été soumis en plus des discussions d'équipe que nous avons pu avoir.

III.2.2. Etablissement d'un plan d'action

Les résultats de l'analyse rétrospective et du questionnaire de satisfaction ont été présentés aux médecins de l'association lors d'une de nos réunions hebdomadaires spécialement dédiée à ce thème. Notre groupe est formé de 6 médecins en tout : 4 médecins titulaires et 2 assistantes. Pour parvenir à un consensus entre les différents médecins concernant la question « quelles sont les actions pouvant être mises en place dans notre pratique, réalisables à l'échelle de l'association de médecins, pour améliorer le suivi des patients ayant eu recours à la CB il y a plus de 6 mois ? » nous avons tout d'abord, ensemble, réévalué quels étaient nos critères de qualité, les valeurs et dimensions qui nous semblent importantes pour mettre à bien notre projet comme proposé dans le guide « Carnet de bord « assurance-qualité » » (6). A partir de ces critères, nous avons défini une série d'objectifs à atteindre puis les indicateurs nécessaires à l'évaluation ainsi que la façon concrète de mesurer ces indicateurs (opérationnalisation).

III.2.3. Mise en place de l'action

Les actions sélectionnées ont été mises en œuvre durant 3 mois.

III.2.4. Evaluation des effets de l'action

L'évaluation a été réalisée par la mesure des indicateurs déterminés dans la phase « établissement d'un plan d'action ».

III.2.5. Discussion au terme de l'action

Nous nous sommes à nouveau réunies après évaluation de l'action pour discuter de notre ressenti, des points positifs et négatifs de l'expérience mais aussi pour imaginer quelles mesures pourraient être entamées dans la continuité de l'action.

III.3. Aspect éthique

Avant de me lancer dans ce projet, j'ai exposé mon plan à mes collègues qui ont été d'accord de participer à l'étude et m'ont permis l'accès aux dossiers de leurs patients. Le secret médical est partagé entre les soignants de la structure et les patients en sont informés. Le consentement éclairé des patients a été demandé lors de chaque consultation en lien avec l'expérience. Toutes les données récoltées ont été anonymisées. L'expérimentation a été soumise au « Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc – UCLouvain » qui a rendu un accord favorable la concernant.

III.4. Diagramme de Gantt

Tableau 2 : Diagramme de Gantt

	2019							2020					
	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J
Choix du sujet													
Recherches bibliographiques													
Avis comité d'éthique													
Analyse rétrospective													
Présentation des données au groupe													
Groupe nominal													
Rédaction													
Action													
Analyse de l'action													
Discussion de l'action													
Mise en page/ relecture													
Remise du TFE													

IV. Résultats

IV.1. Résultats de la recherche bibliographique

IV.1.1. Rappel théorique

IV.1.1.1. Les différentes interventions de chirurgie bariatrique

L'intervention la plus fréquemment réalisée en Belgique est le bypass gastrique suivi de près par la gastrectomie par sleeve (2,8). Le choix de l'intervention dépendra de différents facteurs dont les préférences et la motivation du patient, son type de comportement alimentaire, ses comorbidités... (2). Suivant la balance risque-bénéfice, il n'existe pas de supériorité d'une technique chirurgicale par rapport à une autre, en effet, les techniques les plus efficaces sont également les plus risquées et à l'inverse, les moins risquées à l'instar de l'anneau gastrique sont moins efficaces (9). L'anneau gastrique n'est actuellement quasi plus utilisé en Belgique, (encore parfois utilisé autour du néogastre du bypass pour en augmenter l'effet restrictif en cas de reprise de poids) en grande partie à cause de sa moindre efficacité sur la perte pondérale et le nombre de complications existant à long terme lorsqu'il est placé en première intention (8).

L'information au patient concernant les différentes techniques, leurs principaux avantages et inconvénients, la nécessité d'un changement de mode de vie, de comportement alimentaire et de l'importance d'un suivi tout au long de la vie est primordiale et fait partie de la phase pré-interventionnelle (que nous n'aborderons pas dans ce travail) et doit être soutenue en post-opératoire (2,9).

Vous retrouverez en annexe (ANNEXE 3) une fiche résumée concernant chacune des chirurgies bariatriques abordées dans ce TFE (bypass, sleeve, anneau gastrique, dérivation biliopancréatique) inspirée des fiches techniques de la HAS.

IV.1.1.2. Critères de remboursement en Belgique

En Belgique, les conditions de remboursement de la chirurgie bariatrique sont :

- être âgé de plus de 18 ans ;
- présenter un IMC $>$ à 40 kg/m² ou $>$ à 35kg/m² associé à une HTA résistante au traitement, un SAOS, un diabète nécessitant un traitement médicamenteux ou nécessiter la réalisation d'une révision de chirurgie bariatrique dans le cadre d'une complication ou d'un manque d'effet de la dernière chirurgie ;

- avoir suivi durant plus d'un an un traitement hygiéno-diététique voire médicamenteux bien conduit et documenté sans succès ;
- la mise en place d'une consultation multidisciplinaire comprenant au minimum un chirurgien, un interniste et un psychologue ou psychiatre avec confirmation commune de l'indication par les spécialistes devant figurer dans le dossier médical du patient (2).

IV.1.1.3. Contre-indications

La toxicomanie dont l'alcoolisme, les troubles psychiatriques insuffisamment contrôlés (comprenant entre autres les troubles du comportement alimentaire), le manque de compréhension des implications de la CB (les risques, la nécessité de changement de mode de vie, les bénéfices...), l'insuffisance de motivation et d'engagement dans le suivi à long terme, l'absence de soutien social ou encore une pathologie grave pouvant amputer l'espérance de vie sont différentes contre-indications à la réalisation d'une chirurgie bariatrique (8).

IV.1.2. Efficacité – sécurité – coût

IV.1.2.1. Efficacité

Les différentes techniques de CB permettent d'obtenir une meilleure perte de poids chez les patients obèses (morbides et sévères avec des comorbidités) que l'approche hygiéno-diététique seule ou l'utilisation de traitements médicamenteux (2,4,10). Le pourcentage moyen de perte d'excès de poids toutes techniques confondues est d'environ 61.2% selon 5 RCT d'une durée variant entre 6 et 36 mois (47.5% dans le cadre de l'anneau gastrique, 61.6% pour le bypass, 68.2% pour la sleeve et 70.1% pour la dérivation bilio-pancréatique) (10). La plus importante perte de poids est observée dans les 2 premières années suivant l'opération et dépend du poids de départ du patient (2). Au long terme, il existe quelques études avec un niveau d'évidence moindre qui décriraient une perte d'excès de poids durable à 10 ans (2,10).

Une diminution plus importante de la mortalité globale et de la mortalité cardiovasculaire chez les patients éligibles est également retrouvée lors de la CB comparativement aux traitements non-chirurgicaux (10).

En comparaison aux techniques non chirurgicales, la CB permet une meilleure régression des facteurs de risques cardiovasculaires que sont le diabète de type II, l'HTA et la dyslipidémie (10). Cependant l'impact sur les différentes comorbidités est mitigé selon le rapport du KCE.

Par exemple, 55% des patients atteints de diabète de type II passent en rémission dans les 2 ans après la chirurgie mais 50 % de ces patients en rémission réatteindront une valeur anormale de la glycémie dans les 5 ans. La différence marquée de réduction du taux de cholestérol suivant la CB comparativement au traitement conservateur n'est plus statistiquement significative après 3 ans. Concernant le SAOS, il n'existe pas d'étude de qualité suffisante prouvant un impact considérable sur ce dernier (2).

Concernant l'impact sur la qualité de vie, il n'existe encore que peu d'informations avec un niveau d'évidence suffisant. La majorité des données découle d'études observationnelles. Néanmoins, selon un article paru dans la revue « Obesity », la CB serait associée à une amélioration de la qualité de vie chez les patients en obésité sévère ou modérée (10,11).

Une diminution du risque de cancer (en particulier ceux dont l'obésité est un facteur de risque comme le cancer de l'endomètre, du colon ou encore du cancer du sein après la ménopause) serait également liée à la CB (10).

IV.1.2.2. Sécurité

La mortalité post-opératoire précoce de la chirurgie dépend sensiblement du type d'opération. Elle tourne aux alentours de 0.1- 0.3% (2) et est légèrement plus importante dans le cas de la dérivation biliopancréatique (1%) (10). Ces chiffres sont assimilables à ceux retrouvés dans d'autres types de chirurgie programmable comme par exemple une cholecystectomie (2).

Il existe différents effets secondaires imputables à la CB qui seront plus ou moins fréquents en fonction du type d'opération. On retrouvera tout d'abord les complications précoces post-opératoires, qui ne sont pas spécifiquement liées à la CB comme la thrombophlébite, l'hémorragie, l'infection, l'embolie... A plus long terme, pourraient apparaître d'autres effets adverses tels que le reflux gastro-oesophagien (un reflux initial pouvant être majoré par la gastrectomie alors qu'il sera atténué par le bypass), les ulcères, les sténoses anastomotiques, les lithiases biliaires, le dumping précoce, l'hypoglycémie réactive post-prandiale, la hernie interne aigue, l'occlusion sur bride, les douleurs abdominales chroniques, les carences vitaminiques et en micro-nutriments (plus fréquentes dans le cadre des chirurgies malabsorptives), la dénutrition, la déperdition osseuse... La CB est aussi déconseillée aux personnes sujettes à l'abus d'alcool ou d'autres substances. Le risque de développer un mésusage de l'alcool est augmenté après le bypass (moins après la sleeve ou la pose d'un anneau) surtout si le rapport à l'alcool était préalablement problématique. Au niveau esthétique, la perte pondérale importante

induirait l'apparition d'excès de peau pouvant donner lieu à des macérations et irritations mais surtout à une atteinte de l'image corporelle et de l'estime de soi (2).

Une attention particulière doit être prêté aux antécédents psychologiques lors de la phase pré-interventionnelle (2,4). En effet, même si certaines études observationnelles montrent une amélioration de la qualité de vie après la CB, d'autres mettent l'accent sur le fait qu'il existe un risque accru d'affect dépressif et de suicide après une chirurgie bariatrique, prédominant chez les patients présentant des troubles mentaux à l'origine. La réapparition de comportements alimentaires problématiques est également remarquée chez les patients qui y étaient initialement sujets (2).

La fertilité de la femme obèse est inférieure à celle de la population féminine générale. La CB ramène le taux de fertilité vers la normale et augmente donc le risque de tomber enceinte. Le suivi d'une grossesse après la chirurgie bariatrique demande une attention toute particulière pour éviter les carences. Il est recommandé d'éviter une grossesse dans les 12-18 mois suivant une CB. En effet après une telle chirurgie, il existe un risque légèrement accru de petit poids de naissance et de prématurité (2). La grossesse ne devrait d'ailleurs être entreprise qu'après retour à un poids stable et correction des carences (8).

Tout ceci nous rappelle donc l'importance d'informer le patient concernant les différents avantages et inconvénients d'une intervention bariatrique et d'entamer avec lui, une discussion, une réflexion construite et multidisciplinaire avant de poser l'acte chirurgical.

IV.1.2.3. Rapport coût-efficacité

Selon le rapport présenté en 2019 par le KCE, le rapport coût-efficacité de la CB est favorable et pourrait s'avérer être le choix le plus économique pour traiter l'obésité morbide et sévère associée à des comorbidités (2).

IV.1.3. Importance du suivi et compliance

Le suivi à long terme, et nous pourrions parler de suivi tout au long de la vie, est nécessaire pour optimiser les effets de la chirurgie bariatrique et en minimiser les effets secondaires (5). Le suivi devrait être assuré par une équipe multidisciplinaire (spécialistes, psychologue, coach en activités sportives, diététicien...) en relation étroite avec le médecin traitant (10,12,13) L'obésité doit être considérée comme une maladie chronique et son traitement doit donc être

réévalué au long court. Certaines complications, telles que les carences, peuvent apparaître bien après l'opération. Une adaptation des traitements (la plupart du temps initiée par les spécialistes) est également nécessaire après la réalisation d'une chirurgie bariatrique notamment en ce qui concerne les antidiabétiques, les antihypertenseurs ou même encore les anti-épileptiques, anticoagulants... en raison du changement du volume de distribution ou de la diminution de leur absorption (2,4,8,12). Une attention particulière devra également être apportée concernant la contraception et la grossesse (8,12). Il ne faudrait pas non plus faire l'impasse sur un suivi psychologique après un changement si drastique du poids, de l'image corporel et des habitudes alimentaires. Selon une étude parue dans le journal « Obesity Surgery », une bonne compliance au suivi à plus de 24 mois permettrait une meilleure perte de l'excès de poids dans le cadre du bypass (14). Une différence de perte d'excès de poids entre les patients compliants et les non compliants serait également déjà visible à 12 mois (14,15).

Cependant de nombreux patients ne participent pas au suivi de façon assidue. L'adhérence au suivi complet à moyen et long terme après la chirurgie bariatrique est globalement faible. A peine 3% des études concernant la chirurgie bariatrique gardent plus de 80% des patients inclus au long terme (12,14). En France, seulement 12% des patients ayant eu recours à la chirurgie bariatrique ont un suivi satisfaisant (16,17). Dans une étude publiée par l'association de recherche en soins infirmiers (ARSI), réalisée dans un centre français spécialisé dans la prise en charge de l'obésité, seulement 41.5% des patients ont une adhésion conforme aux recommandations de la HAS (17).

IV.1.4. Barrières au suivi

Les barrières au suivi sont nombreuses et pourraient être à elles seules l'objet d'un travail. De façon concise, lorsque l'on interroge les médecins généralistes de la province du Luxembourg et de Liège, ils pointent notamment le manque de connaissance à propos de la chirurgie (techniques, complications, suivi...), une collaboration insuffisante avec l'équipe multidisciplinaire dès la phase préopératoire, le fait que le patient prend rarement rendez-vous spécifiquement dans ce cadre et l'image péjorative qu'ils ont du patient se déresponsabilisant de la gestion de son poids par la chirurgie (5). Du côté des patients, on retrouve entre autres la coordination insuffisante des soins, l'éloignement par rapport au centre hospitalier, l'absence de perception d'un intérêt au suivi à long terme, le manque de disponibilité dû au travail ou à la famille, la contrainte de temps imposée par les rendez-vous médicaux et les frais liés à leur charge (coût des multivitamines, d'un rendez-vous chez le diététicien...) (12,17). Certains

patients ont tendance à penser que leur médecin traitant pourra assurer à lui seul le suivi (12). D'autres pensent justement qu'il est inutile d'en parler à son médecin traitant qui n'a pas les connaissances requises surtout dans les premières années après la chirurgie. Ils évoquent également le fait que le généraliste ne propose pas spontanément de consultation ce concernant (16).

IV.1.5. Rôle du médecin généraliste

Au vu du « boum » de la chirurgie bariatrique ces dernières années, la prise en charge des patients ne pourra pas se dérouler uniquement en milieu hospitalier si nous aspirons à une qualité de soins, des délais raisonnables et une diminution du nombre de perdus de vue (5,12). Il est donc d'une importance capitale que d'autres intervenants extrahospitaliers soient formés et disponibles pour encadrer ces patients (17). Les médecins généralistes dans leur rôle de suivi des maladies chroniques, d'éducation thérapeutique et avec leur meilleure répartition géographique semblent être le plus à même de prendre le relais pour coordonner, personnaliser et optimiser le suivi en lien avec l'équipe multidisciplinaire (12,16). L'implication du médecin généraliste doit déjà faire partie de la phase préopératoire, dans la prise de décision et le choix de l'opération étant donné sa proximité relationnelle avec le patient. Il connaît ses antécédents, ses habitudes de vie (alimentaires, consommation d'alcool, sédentarité...), son état psychologique et physique général. Il a un rôle d'information et de conseil personnalisé auprès du patient avant et après l'intervention (16). Dans cette approche au moyen et long court, il est également là entre autres pour assurer le suivi des prises de sang des patients, gérer les modifications de traitement (qui n'auraient pas encore été réalisées par les spécialistes), être vigilant par rapport à leur état psychologique et booster leur motivation à la prise de compléments et au suivi des règles hygiéno-diététiques pour un bon maintien de la perte d'excès de poids (5). Des infirmières avec une formation spécialisée pourraient également étoffer ce relais, au même titre que nous les retrouvons déjà dans le suivi du diabète ou de l'insuffisance rénale (17).

IV.1.6. Recommandations concernant le suivi dédiées aux médecins généralistes

Farmaka propose en 2016 une présentation basée sur des guides de pratique clinique américains et européens et accompagnée d'une synthèse dédiée aux médecins généralistes belges concernant le suivi en chirurgie bariatrique au-delà de la première année après la chirurgie (18).

Elle répond à la question « quels paramètres devons-nous systématiquement vérifier et quels suppléments administrer chez les patients ayant eu recours à la CB ? ». Cette présentation a été diffusée en Belgique via l'intervention de visiteurs médicaux indépendants.

La fréquence du suivi doit être de minimum 4x/an dans la première année (pris en charge par les spécialistes) puis de minimum 1x/an tout au long de la vie. Le suivi du statut nutritionnel comprend une anamnèse concernant l'hygiène de vie (alimentation et activité physique) et les symptômes et signes cliniques pouvant indiquer une dénutrition ou une carence en l'un ou l'autre nutriment (par ex la perte de cheveux, les cheveux cassants et la dysgueusie peuvent évoquer un manque de zinc, un trouble de la vision nocturne, un manque de vitamine A ou encore la présence de stéatorrhée pouvant expliquer un manque d'absorption des vitamines ADEK). Le suivi inclut également un examen clinique complet comprenant notamment la mesure du poids et du tour de taille (18).

Tableau 3 : association symptômes/carence en micronutriments

Symptômes/Facteurs de risque	Penser à...
Consommation alcool	Vit B1
Cheveux cassants, perte de cheveux	Zn, protéines
Cicatrisation difficile	Cu
Hématome, saignements	Vit K
Neurologiques (périphériques ou centraux)	Vit B12, acide folique, Vit B1, Ca, Cu
Dysgueusie	Zn
Cécité nocturne	Vit A
Faiblesse musculaire	Protéines
Crampes musculaires	Ca
Maladies métaboliques osseuses	Ca, Se
Œdème, insuffisance cardiaque	Vit B1, protéines, Cu
Stéatorrhée	Vitamines ADEK
♂ avec hypogonadisme ou dysfonction érectile	Zn
Fatigue	Se

Source : De Ruyck I, Devillers C, Lacroix S, Leroy T, Nonneman A, Pinckaers N. Chirurgie bariatrique - Suivi [Internet]. 2016 oct. Disponible sur : <https://farmaka.cbip.be/frontend/files/publications/files/chirurgie-bariatrique-suivipresentation.pdf> (18)

Un suivi biologique doit également être réalisé 1x/an à vie (voire tous les 6 mois dans le cadre du bypass et de la dérivation biliopancréatique) et le bilan dépendra du type d'opération réalisée (8,18). Ainsi pour chaque opération un bilan biologique de base doit être demandé comprenant un hémogramme, un ionogramme (Na, K, Cl), la fonction rénale, la fonction hépatique, la glycémie, l'albumine et les lipides. Dans le cas de l'anneau gastrique, la biologie de base est

suffisante. Lors d'une sleeve, il faudra ajouter à cette biologie de base le calcium et la vitamine B12. Pour un bypass on ajoutera en plus du calcium et de la vitamine B12, la vitamine D, la parathormone (PTH), l'acide folique et le zinc. Le bilan réalisé dans le cadre d'une dérivation biliopancréatique sera similaire à celui du bypass, la vitamine A en plus.

En cas d'anémie, il est évident qu'il faudra alors réaliser une évaluation du statut en fer, en vitamine B12, acide folique mais également en vitamine E, cuivre, zinc et sélénium.

En cas de vomissements persistants ou de consommation importante d'alcool, il sera nécessaire de doser également la vitamine B1 ou de la supplémenter de façon empirique afin d'éviter le syndrome de Gayet-Wernicke (18).

Tableau 4 : tests biologiques complémentaires en fonction du type de chirurgie

Tests	Anneau	Sleeve	Bypass	DBP/DS
Ca		✓	✓	✓
Vit D, PTH			✓	✓
Vit B12		✓	✓	✓
Ac folique			✓	✓
Vit A				✓
Zinc			✓	✓

Source : De Ruyck I, Devillers C, Lacroix S, Leroy T, Nonneman A, Pinckaers N. Chirurgie bariatrique - Suivi [Internet]. 2016 oct. Disponible sur: <https://farmaka.cbip.be/frontend/files/publications/files/chirurgie-bariatrique-suivipresentation.pdf> (18)

Concernant la supplémentation, des multivitamines³ devraient être prescrites tout au long de la vie quelle que soit la chirurgie. Il faudrait systématiquement supplémenter le patient en vitamine B12, en vitamine D, en calcium et en fer dans le cadre d'un bypass ou d'une dérivation biliopancréatique. Il est également à envisager, d'ajouter la vitamine D, le calcium et la vitamine B12 à l'anneau gastrique. Ces mêmes éléments accompagnés du fer peuvent également est adjoints dans la sleeve (18).

³ Au minimum la vitamine B1, 400µg de vitamine B9 et 2mg de cuivre. Dans le référentiel anglais, des multivitamines contenant du fer, du sélénium, du zinc (8-15mg/mg de Cu), 2mg cuivre et les vitamines B9, B1 et ADEK.

Tableau 5 : supplémentation en fonction du type de chirurgie

Suppléments	Anneau	Sleeve	Bypass	DBP +/- DS
Multivitamines	✓	✓	✓	✓
Ca/Vit D	A envisager	A envisager	✓	✓
Vit B12	A envisager	A envisager	✓	✓
Fe		A envisager	✓	✓
Vit AEK, Zn, Cu, Se				A envisager

Source : De Ruyck I, Devillers C, Lacroix S, Leroy T, Nonneman A, Pinckaers N. Chirurgie bariatrique - Suivi [Internet]. 2016 oct. Disponible sur: <https://farmaka.cbip.be/frontend/files/publications/files/chirurgie-bariatrique-suivipresentation.pdf> (18)

Le mode d'administration le plus efficace et le moins coûteux de la vitamine B12 est l'injection intra-musculaire (1 mg de vitamine B12 tous les 3 mois la première année, puis tous les 6 mois à vie). Elle peut également être administrée par voie orale mais la compliance est alors plus faible (8).

La densité osseuse du patient devrait également être mesurée surtout après une chirurgie de type malabsorptive, si le patient a perdu beaucoup de poids et si sa concentration sérique en vitamine D est basse (4).

Le traitement quotidien des patients a la plupart du temps été réévalué par les spécialistes mais, au cours des années, il sera nécessaire d'y rester attentif surtout lorsque la médication comprend des médicaments à fenêtre thérapeutique étroite (2,4,8,12,18). Il faudra privilégier d'autres techniques que la contraception orale dans le cas des chirurgies malabsorptives. Dans toutes les chirurgies, l'usage des anti-inflammatoires est à éviter à cause du risque accru d'ulcération ou de perforation au niveau des cicatrices (8,18).

L'article « chirurgie bariatrique : le suivi en médecine générale » par Benoit Navez et Jean-Paul Thissen décrit l'évolution de l'apport alimentaire au cours des mois. Cet apport est initialement réduit à 300-600kcal/j au cours du premier trimestre post-opératoire pour se stabiliser à 50 % de l'apport préopératoire à 18 mois. Le patient pourra manger progressivement solide à partir de la quatrième semaine post-opératoire. Le but premier est d'apporter une quantité suffisante de protéines maigres (min. 60 voire 80 g/jour) sous forme de viande, poisson, volaille, œufs... voire sous forme de supplément en poudre (max. 50 g/j). Ils proposent la règle des 3-2-2-1 concernant l'apport alimentaire journalier, c'est à dire 3 produits laitiers maigres, 2 parts de protéines maigres, 2 parts de légumes et une part de fruits. Lors du repas, le patient devra commencer par la portion de protéines puis les légumes et en dernier lieu les féculents (min. 50 g de glucides/jour). Pour une meilleure tolérance des apports liquidiens, les boissons

(non caloriques, non pétillantes et sans paille) devront être idéalement consommées 30 minutes après le repas ou entre les repas. Les boissons alcoolisées ou caféinées sont à éviter durant les premiers mois car elles ont tendance à irriter la muqueuse gastrique. Les boissons sucrées comme les jus de fruits, sont à bannir étant donné le risque de dumping syndrome (8). Une activité physique adaptée est bien évidemment recommandée.

Les recommandations concernant l'activité physique ou encore le suivi psychologique étant un vaste territoire, elles ne seront pas abordées dans ce TFE. Il reste néanmoins évident que le médecin traitant doit prendre en compte ces aspects du suivi et pouvoir diriger les patients vers un réseau d'acteurs de la santé (psychologue, coach sportif, nutritionniste...) adapté au patient.

IV.2. Résultats de différentes parties de la recherche-action

IV.2.1. Identification du problème

IV.2.1.1. Analyse rétrospective des dossiers

Une liste des patients éligibles a été réalisée à partir de la base de données Epicure et les critères d'inclusion et d'exclusion ont été décrits dans la méthodologie (point III.2.1.1). 37 dossiers ont été initialement inclus. Deux dossiers correspondaient au critère d'exclusion « patient décédé » et deux autres au critère « chirurgie bariatrique datant de moins de 6 mois ». Finalement, 33 dossiers ont donc été sélectionnés et étudiés.

Pour chaque dossier sélectionné, différentes données ont été consignées sous forme d'un tableau (ANNEXE 1.a) où les renseignements généraux sont consignés en valeurs absolues et les autres items selon un modèle binaire où la présence du critère est représentée par « 1 » et son absence par « 0 ». Un tableau résumant ces résultats par item est également joint en annexe (ANNEXE 1.b).

Renseignements généraux

La moyenne d'âge lors de l'opération de CB chez les patients sélectionnés se trouve à 40,6 ans avec un minimum à 23 ans et un âge maximum de 59 ans.

La répartition en fonction du sexe est de 2 femmes pour 1 homme.

23 patients étaient déjà suivis par l'association de médecins avant leur chirurgie et 10 autres ont commencé à la fréquenter après leur opération.

6/33 patients ont eu une chirurgie dans la dernière année dont un patient multi-opéré dont le suivi précédent n'était pas complet.

18/33 patients ont été opérés en 2014 ou avant.

On dénombre la mise en place de 7 anneaux gastriques et la réalisation de 16 bypass, 14 sleeves, 2 dérivations bilio-pancréatiques pour 33 patients car 5 d'entre eux ont subi plusieurs chirurgies différentes.

Traces d'une anamnèse relative à la CB dans le dossier médical datant de <1an, en MG

La trace d'une anamnèse relative à la CB n'est retrouvée que dans 7/33 (21.2%) dossiers. Pour 3 de ces 7 dossiers, la chirurgie datait d'il y a moins d'un an. La moitié (3/6) des dossiers des patients opérés il y a moins d'un an ne contient pas de trace d'une anamnèse relative à la CB en médecine générale.

Présence dans le dossier de rapports de spécialistes relatifs à la CB datant de < 1an

23/33 (69.7%) dossiers ne contiennent pas de rapport transmis par un spécialiste datant d'il y a <1an.

21/33 (63,6%) patients n'ont ni trace d'anamnèse en médecine générale, ni trace d'un rapport chez le spécialiste dans l'année écoulée.

Présence d'une biologie relative complète datant de < d'1 an dans le dossier médical

On retrouve une biologie complète dans 13/33 (39.4%) dossiers. Elle est absente dans 20/33 dossiers.

Présence d'une mesure du poids datant de < 1 an dans le dossier médical

Une mesure du poids datant de moins d'un an est présente dans 24/33 (72.7%) dossiers.

Présence d'une mesure du périmètre abdominal datant de < 1an dans le dossier médical

Dans 100% des dossiers, on dénote l'absence de mesure du périmètre abdominal.

Trace de prescription d'un complément adéquat datant de < 1 an

On ne retrouve pas de prescription de compléments adaptés dans 21/33 (63.6 %) dossiers.

Suivi complet dans la première année par les spécialistes

Le suivi au cours de la 1ère année est inconnu chez 10 des patients, ces derniers n'étant pas encore suivi à l'époque de leur opération par un médecin de l'association. Chez les 23 autres patients, un suivi complet durant la 1ère année a été correctement réalisé par 16/23 (69.6%) patients. 7/23 (30.4%) patients n'ont pas eu ce suivi adéquat.

Suivi complet au long cours chez le spécialiste

L'adhérence au suivi au long cours peut être non connue pour 2 raisons différentes : la chirurgie est trop récente ou le patient est actuellement compliant au suivi mais nous ne connaissons pas le début de son parcours. En retirant les patients entrant dans ces 2 catégories, il reste 24 dossiers.

Dans ces 24 dossiers, seulement 5 (20.8%) patients ont un suivi au long cours à une fréquence correspondant aux recommandations.

IV.2.1.2. Point de vue des médecins

Selon le questionnaire de satisfaction (ANNEXE 2), tous les médecins trouvent la prise en charge post-opératoire à moins de 6 mois en milieu hospitalier (équipe multidisciplinaire et spécialistes) satisfaisante. En revanche, au-delà de 6 mois, 2 médecins qualifient la qualité de cette prise en charge comme insatisfaisante et 3 médecins la qualifient de très insatisfaisante. En ce qui concerne leur propre prise en charge de ces patients, 2 médecins sont satisfaits de leur prise en charge au court terme et 3 médecins en sont insatisfaits. Les 2 médecins satisfaits laissent comme commentaires que leur rôle à court terme est essentiellement le suivi des cicatrices et que le reste est généralement géré par le spécialiste. Leur prise en charge à long terme est, quant à elle, qualifiée comme insatisfaisante par 2 médecins et très insatisfaisante par 3 médecins.

IV.2.2. Etablissement d'un plan d'action

Après exposition des résultats précédents aux médecins de l'association, nous avons tenté de répondre à la question « quelles sont les actions pouvant être mises en place dans notre pratique, réalisables à l'échelle de l'association de médecins, pour améliorer le suivi des patients ayant eu recours à la CB il y a plus de 6 mois ? ». Les différents objectifs proposés, qui nous ont semblé utiles et réalisables, sont réunis ci-dessous dans un tableau les présentant par critères de qualité.

Tableau 6 : critères de qualité, objectifs, actions et indicateurs choisis

Objectif principal : améliorer le suivi post-opératoire des patients ayant bénéficié d'une CB datant de > 6 mois, au sein de l'association de médecins			
Critères de qualité choisis	Objectifs qui en découlent	Actions définies par l'équipe	Indicateurs choisis
Efficacité médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer les connaissances de l'équipe concernant le suivi post-CB. • Trouver une référence « guideline » facilement consultable et compréhensible. • Augmenter de 50% le nombre de patients ayant reçu une anamnèse complète, datant de <1an, intégrée au dossier d'ici 3 mois. • Augmenter de 50% d'ici 3 mois le nombre de patients ayant reçu une prescription de compléments alimentaires, datant de <1an, référée dans le dossier. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'investigateur principal réalise à partir de la littérature un exposé concernant le suivi en CB et le présente lors d'une réunion hebdomadaire. • Recherche dans la littérature par l'investigateur principal. • Chaque médecin s'engage à réaliser une anamnèse complète pour chaque patient concerné (par exemple, en utilisant une checklist) et à la faire figurer dans le dossier. • Chaque médecin s'engage à prescrire une supplémentation adéquate en fonction du type de chirurgie et de la biologie du patient sur base de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats des membres de l'équipe soumis à un test de connaissances pré-exposé puis post-exposé. • Qualité de la source + accès rapide à synthèse. • Nombre ou % de dossiers contenant une anamnèse complète. • Nombre ou % de dossiers contenant une prescription de compléments.

	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter de 50% d'ici 3 mois le nombre de patients ayant reçu une prescription de biologie adéquate, datant de <1an, référée dans le dossier. 	<p>littérature et d'avis de spécialistes et de faire apparaître la prescription dans le dossier.</p> <ul style="list-style-type: none"> Chaque médecin s'engage à réaliser une prescription de biologie adéquate en fonction du type de chirurgie du patient et à la faire apparaître dans le dossier du patient. 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre ou % de dossiers contenant une prescription de biologie adéquate.
<p>Systematisation des données</p>	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter de 25% le nombre de dossiers présentant un encodage systématique du poids datant de <1an et de retrouver une mesure du tour de taille dans 50% des dossiers concernés d'ici 3mois. Systematiser l'anamnèse relative à la chirurgie bariatrique pour qu'aucune notion importante ne soit oubliée. 	<ul style="list-style-type: none"> Chaque médecin s'engage à encoder le poids et le tour de taille des patients concernés dans l'encart prévu à cet effet du logiciel Médispring. Réalisation, sur base des recommandations, d'une checklist encodable dans les mots-clés Médispring (item « bar »), partagée aux différents médecins. 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre ou % de dossiers contenant un poids et un tour de taille encodé dans l'encart prévu à cet effet du logiciel Médispring. Présence de cette checklist dans les mots-clés Médispring de chaque médecin participant + évaluation orale lors d'une discussion d'équipe de son utilisation.

	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la visibilité dans les dossiers de l'antécédent de CB. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour chaque dossier de patient concerné, l'investigateur principal crée une fenêtre pop-up via l'outil « note médicale » de Médispring apparaissant à l'ouverture du dossier. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre ou % de dossiers concernés présentant cette fenêtre pop-up à l'ouverture.
Intégration	<ul style="list-style-type: none"> • Inviter les patients à participer à une consultation dédiée au suivi de leur CB (1x/an). 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation en équipe d'une lettre type envoyée via la poste à chaque patient concerné. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients se présentant en consultation suite à la lettre.
Continuité	<ul style="list-style-type: none"> • Perpétuer le suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque médecin s'engage, après la consultation dédiée au suivi de la CB, à encoder un rappel de suivi min1x/an dans les tâches Médispring. 	<ul style="list-style-type: none"> • % de dossiers présentant ce rappel.
Satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la satisfaction des membres de l'équipe concernant leur prise en charge. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque membre de l'équipe s'investit dans toutes ces tâches. 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire de satisfaction pré et post-action.
Globalité	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer dans la prise en charge en plus du côté purement « somatique » et « biologique », le côté psychologique et « mode de vie » à l'anamnèse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque membre de l'équipe intègre la question du moral, du bien-être, du mode de vie à l'entretien avec le patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation orale lors d'une discussion d'équipe à propos de la prise en charge de chacune d'entre nous.

Efficacité médicale

Pour améliorer nos connaissances, j'ai proposé à mes collègues comme référence claire et facilement utilisable, la synthèse produite par Farmaka (pour rappel, dédiée aux médecins généralistes belges, qui était proposée par des visiteurs médicaux Farmaka en 2016 et associée à une fiche synthèse) (18). Chaque médecin a également reçu un exemplaire cartonné (et un exemplaire pdf) de cette fiche-synthèse afin de faciliter l'accès à l'information.

Sur base de cette source d'information (déjà présentée sous forme de slideshow) et d'informations glanées lors de ma recherche de littérature (développée précédemment), j'ai préparé pour le groupe une présentation concernant les différentes chirurgies bariatriques et les points importants du suivi post-opératoire dans le but de rafraîchir nos mémoires et d'améliorer nos connaissances à ce sujet. Mes collègues ont été soumises à un test de connaissances (ANNEXE 4) avant, après la présentation et à nouveau après 3 mois.

Pour augmenter le nombre de patients ayant reçu une anamnèse, un examen clinique, une biologie et un complément adéquat, chaque médecin s'est engagé à réaliser une anamnèse et un examen clinique complet pour chaque patient concerné vu en consultation, en utilisant la checklist (ANNEXE 5) que nous avons mise sur pied (basée sur la littérature) et à faire figurer cette anamnèse et l'examen clinique dans le dossier du patient. Concernant les compléments, nous avons également interrogé un spécialiste de la région, en plus de nos recherches, pour déterminer les compléments adéquats et les prescrire. A nouveau les médecins de l'association étaient tenus de faire figurer leur prescription dans le dossier du patient. Pour évaluer ces changements, une revue des dossiers a été réalisée.

Systematisation

Chaque médecin s'est engagé à encoder les poids et tour de taille des patients concernés dans l'encart prévu à cet effet dans le logiciel Médispring. Ces données devraient apparaître au minimum 1x/an (lorsque la chirurgie date d'au moins 1 an) dans le dossier des patients. L'évolution de l'encodage a été appréciée lors de la revue des dossiers après 3 mois.

Nous avons également réalisé une checklist (ANNEXE 5) à utiliser lors des consultations basées sur la CB pour rendre plus systématique l'anamnèse et l'examen clinique. Dans le système Médispring, chaque médecin a pu l'encoder sous le mot-clé « bar » permettant ainsi, lors de l'écriture du terme « bar » dans le « formulaire SOAP⁴ » l'apparition systématique de la checklist. Cet objectif a été évalué par vérification de la présence de la liste dans les mots-

⁴ SOAP : formulation systématique de la consultation suivant le canevas subjectif, objectif, assessment (évaluation), plan (planification)

clés Médispring de chaque médecin et également par évaluation orale de son utilisation et utilité lors d'une discussion d'équipe.

Pour chaque patient concerné, dans le système Médispring, j'ai ajouté dans l'encart « note médicale », pouvant sur demande s'enclencher dès l'ouverture du dossier du patient, un rappel d'antécédent de chirurgie bariatrique. Ainsi, à l'ouverture du dossier du patient, une fenêtre pop-up de rappel s'ouvre pour le médecin. L'évaluation de cet objectif a été réalisée lors de la revue des dossiers après 3 mois par l'apparition (ou non) de cette note pop-up à l'ouverture du dossier.

Intégration

Une lettre type (ANNEXE 6) a été envoyée par la poste à chaque patient concerné. En consultation, le patient devait être questionné pour savoir s'il se présentait suite à la lettre d'invitation au suivi.

Continuité

Nous nous sommes mises d'accord également pour ajouter à la fin de la consultation ciblée, un rappel de tâche (dans l'encart « tâche » de Médispring), à 1 an, de réévaluation de la situation concernant la chirurgie bariatrique afin d'améliorer la continuité du suivi. Cet objectif a également été évalué lors de la revue des dossiers par la présence (ou non) de ce rappel.

Satisfaction

Un élément qui nous a également semblé très important est la satisfaction. Il est effectivement nécessaire que le soignant se sente satisfait de sa prise en charge et plus à l'aise. Un questionnaire de satisfaction a été remis à chaque participante en début d'étude et après 3 mois en plus de la discussion de groupe.

Globalité

Le suivi ne devant pas se résumer à l'aspect purement « médical et biologique », il nous a semblé important de pouvoir interroger également le patient concernant son hygiène de vie, sa vie sociale, son ressenti par rapport à la chirurgie, son moral... La littérature à ce propos étant très vaste, et chacun de ces points pouvant faire l'objet d'un travail complet, nous nous sommes limitées à simplement aborder ces questions avec le patient et à en rediscuter en réunion d'équipe.

IV.2.3. Mise en place de l'action

Les différentes actions définies dans le point précédent ont été mises en place à partir du 01 novembre 2019. La récolte des données dans les dossiers, la complétion du questionnaire de satisfaction post-action et une nouvelle discussion d'équipe ont été réalisées après le 29 février 2020.

IV.2.4. Evaluation des effets de l'action

Evaluation de l'objectif « Amélioration des connaissances de l'équipe »

On retrouve une nette amélioration des résultats (ANNEXE 7) obtenus lors du test réalisé directement après la présentation par rapport aux résultats du test pré-présentation. La moyenne des résultats au test passe de 0.8/5 à 4.6/5. Pour 3 des questions aucun médecin ne connaissait la réponse correcte mais tous pouvaient y répondre après la présentation. Pour les 2 autres questions, le nombre de médecins connaissant la réponse passe de 2/5 à 4/5.

Lorsqu'on soumet les médecins au même questionnaire 3 mois plus tard, on observe une légère diminution des résultats (par rapport au test post-présentation direct) mais les connaissances restent meilleures qu'avant la présentation.

Evaluation de l'objectif « Trouver une référence facilement consultable et compréhensible »

La présentation « Chirurgie bariatrique – Suivi » et sa synthèse, proposées par Farmaka, semblent être le bon compromis pour une source belge fiable, complète et facilement accessible et compréhensible. Pour rappel, Farmaka est une organisation EBM indépendante composée en grande partie de médecins et de pharmaciens et ayant pour slogan l'« EBM mise en pratique ». Farmaka est en collaboration avec le CBIP⁵ et est l'un des membres fondateurs d'EBMPracticeNet⁶ (19).

Concernant le côté pratique de la source, les médecins s'accordent lors de la discussion de groupe sur le fait que la source est facilement compréhensible, complète et facile d'accès. Je note en commentaire que certaines trouvent le document en format pdf plus intéressant car il est accessible sur tous leurs dispositifs informatiques contrairement au format cartonné rangé (voire délaissé) dans un bureau.

⁵ CBIP : Centre belge d'information pharmacothérapeutique.

⁶ Depuis peu, le pool de visiteurs indépendants de FARMAKA a été supprimé.

Récolte des données dans les dossiers (ANNEXES 8.a et 8.b)

Durant ces 3 mois d'expérience, 28/33 patients ont été revus.

- Évaluation de l'objectif « améliorer la visibilité dans les dossiers de l'antécédent de CB »

La fenêtre pop-up « note médicale » apparaît systématiquement à l'ouverture de 33/33 dossiers.

- Évaluation de l'objectif « augmenter de 50% le nombre de patients ayant reçu une anamnèse complète intégrée au dossier d'ici 3 mois »

7/33 dossiers de patients concernés présentaient une anamnèse complète avant la mise en place de l'action. Au 1^{er} mars 2020, 24/33 dossiers comportaient une anamnèse relative complète suivant la checklist basée sur la littérature. Il existe donc une hausse absolue de 17 dossiers complétés. Ceci équivaut à un pourcentage d'augmentation de 242.9%.

- Évaluation de l'objectif « augmenter de 50%, d'ici 3 mois, le nombre de patients ayant reçu une prescription de compléments alimentaires, référée dans le dossier »

12/33 dossiers de patients concernés comportaient la trace d'une prescription d'une complémentation alimentaire adéquate avant la mise en place de l'action. Au 1^{er} mars 2020, on retrouvait une prescription dans 19/33 dossiers. Il existe donc une hausse absolue de 7 dossiers. Ceci équivaut à un pourcentage d'augmentation de 58.3%.

- Évaluation de l'objectif « augmenter de 50%, d'ici 3 mois, le nombre de patients ayant reçu une prescription de biologie adéquate, référée dans le dossier »

28/33 dossiers de patients concernés comportent la trace d'une prescription de biologie adéquate au 1^{er} mars 2020. Il existe une hausse absolue 15 dossiers. Ceci équivaut à un pourcentage d'augmentation de 115.4%.

- Évaluation de l'objectif « augmenter de 25% le nombre de dossiers présentant un encodage systématique du poids datant de < 1 an et retrouver une mesure du tour de taille dans 50% des dossiers d'ici 3 mois »

24/33 dossiers de patients concernés comprenaient déjà un encodage du poids datant de < 1an dans l'encart adéquat avant la mise en place de l'action. Au 1^{er} mars 2020, 31/33 dossiers

incluaient un poids datant de moins d'un an. Il existe donc une hausse absolue de 7 dossiers. Ceci équivaut à un pourcentage d'augmentation de 29%.

Concernant le tour de taille, aucun dossier ne comportait cette information. Après la mise en place de l'action, 22 dossiers le renseignaient (66.7% des dossiers).

- Évaluation de l'objectif « inviter les patients à une consultation dédiée au suivi de leur CB »

Nous savons que 7 patients se sont présentés suite à la lettre d'invitation, que 10 autres sont venus en consultation pour un motif indépendant de cette lettre et que 5 n'ont pas été revus en consultation. Pour les autres patients la donnée est non connue.

- Évaluation de l'objectif « perpétuer le suivi »

Au 1^{er} mars, seulement 19/33 dossiers comprenaient une note rappel dans les « tâches » du logiciel Medispring alors que 28/33 patients ont été revus dont 24 avec une anamnèse relative à la CB.

Évaluation orale lors d'une réunion d'équipe pour faire le point

- Évaluation de l'objectif « systématiser l'anamnèse relative à la chirurgie bariatrique pour qu'aucune notion importante ne soit oubliée »

La checklist a été utilisée par tous les médecins de l'association. Il découle de la discussion qu'elle a permis à chacune d'avoir une anamnèse plus systématisée, complète et structurée par rapport aux prises en charge antérieures. Certaines d'entre nous ne savaient pas spécialement quelles questions poser, quel point aborder avec le patient et la checklist ainsi que la présentation orale initiale ont permis de clarifier ces interrogations. Elles nous ont permis aussi de mieux nous orienter lors de nos prescriptions de biologie et de compléments alimentaires.

- Évaluation de l'objectif « intégrer dans la prise en charge les côtés « psychologique » et « mode de vie » des patients »

Il ressort de la discussion qu'une partie de l'équipe n'a pas abordé ces sujets avec les patients soit par manque de temps, soit par oubli ou bien parce qu'elles ne savaient pas comment conseiller le patient et vers qui le diriger (un coaching physique ? Un service de diététique adapté ? Un psychologue spécialisé dans ce genre de suivi ?). Ce dernier point est également

soulevé par les membres de l'équipe qui ont pu aborder le sujet mais qui n'ont pas pu pour autant apporter de solution concrète aux patients.

- Evaluation de l'objectif « améliorer la satisfaction des membres de l'équipe concernant leur prise en charge »

Les résultats du questionnaire de satisfaction montrent qu'après les 3 mois d'expérience, l'équipe est globalement plus satisfaite de sa prise en charge à plus de 6 mois post-intervention des patients ayant bénéficiés d'une chirurgie bariatrique.

- Evaluation de l'objectif principal « améliorer le suivi post-opératoire des patients ayant bénéficié d'une CB datant de > 6 mois, au sein de l'association de médecins »

Après discussion d'équipe, nous estimons qu'en mettant en place toutes ces actions, nous avons amélioré le suivi de nos patients ayant subi une intervention de CB datant de plus de 6 mois. L'équipe insiste également sur le fait qu'il faudra maintenir les efforts au-delà des 3 mois d'expérience pour ancrer ces changements dans notre pratique quotidienne. Nous aimerions encore améliorer le caractère holistique de notre prise en charge par une meilleure intégration du mode de vie et de la dimension psychologique du patient et par un réseau et une meilleure communication avec les intervenants gravitant autour du patient.

V. Discussion

V.1. Discussion concernant la recherche en littérature

Lors de la recherche en littérature, j'ai aisément pu trouver les informations au sujet des techniques chirurgicales, de leur efficacité, de leur sécurité ou encore des critères d'éligibilité dans les moteurs de recherche à haut niveau d'évidence comme EBpracticenet ou Dynamed Plus. Cependant, concernant le suivi post-opératoire et surtout à long terme, les directives y sont beaucoup plus concises. La HAS reconnaît que sa synthèse de recommandations de bonnes pratiques concernant la chirurgie bariatrique est basée sur des études de niveau d'évidence intermédiaire voire faible (13). Les auteurs de la présentation Farmaka avertissent également qu'ils s'appuient sur des bases factuelles faibles, non univoques et des consensus d'experts (18). L'article paru dans la Revue Médicale de Liège s'attardant sur la place des médecins généralistes dans le suivi de la CB indique également que les généralistes belges aimeraient disposer de consignes plus claires de la part des

organismes scientifiques concernant cette prise en charge (5). Concernant les recommandations aux médecins traitants, par exemple les éléments essentiels à doser dans la biologie ou la composition des compléments alimentaires, il existe des variations entre les différentes études. Il n'y a pas de consensus bien précis. J'ai donc choisi de me baser sur la ressource de Farmaka qui peut être considérée comme une revue systématique de la littérature et qui reprend déjà quatre guides différents (18).

V.2. Discussion concernant la recherche-action

V.2.1. Discussion de l'analyse rétrospective des dossiers

Comme stipulé dans la partie de méthodologie consacrée à l'analyse rétrospective des dossiers, nous venions de passer d'un logiciel à un autre, encore en cours d'amélioration. J'ai, dès lors, dû utiliser la base de données du logiciel précédent qui datait de quelques mois auparavant. Si dans ces quelques mois de nouveaux patients avec un antécédent de chirurgie bariatrique ont rejoint la patientèle de l'association médicale, ils n'ont malheureusement pas été pris en compte dans la recherche. J'ai choisi de sélectionner les patients uniquement entre 18 et 80 ans car les patients en-dessous de 18 ans ne rentrent pas encore dans les critères de remboursement de la chirurgie bariatrique en Belgique et, à l'heure actuelle, peu de patients de plus de 80 ans ont pu bénéficier d'une intervention de chirurgie bariatrique. Par ailleurs, au-dessus de 80 ans, la prise en charge devrait alors être envisagée en collaboration avec la gériatrie. Les patients ayant subi une intervention bariatrique dans les 6 mois précédant la recherche ont été exclus. Nous nous sommes concentrées sur le suivi au-delà de 6 mois post-chirurgie bariatrique car il nous semblait être plus de notre ressort que le suivi post-opératoire précoce qui appartient plutôt aux spécialistes. Je note cependant que le Professeur B. Navez, spécialiste de la chirurgie bariatrique aux cliniques universitaires Saint-Luc, m'a fait part du fait que certains patients étaient « perdus de vue » des spécialistes dès le premier mois post-opératoire.

En réalisant l'analyse rétrospective des dossiers, je suis partie sur le principe que nos dossiers étaient complets et donc que s'ils ne comportaient pas de trace d'anamnèse, d'examen clinique ou encore de prescription de compléments ou de biologie, c'est que ceux-ci n'avaient pas été réalisés ou demandés. Je pense qu'en ayant choisi uniquement les dossiers de patients avec un DMG, la probabilité que les dossiers soient complets était augmentée étant donné que nous sommes dans ce cas le médecin traitant « référent » du patient, que nous recevons normalement le courrier des autres prestataires de soins concernant celui-ci et que pour tout patient nous nous

engageons à tenir un dossier médical complet à jour. Nous accordons d'ailleurs une importance capitale à ce dernier point. De plus, après discussion avec mes collègues, elles considéraient effectivement qu'il y avait vraiment un oubli d'abord de la thématique plutôt qu'un manque de retranscription dans les dossiers.

Les items que j'ai choisi de recueillir dans les dossiers sont ceux qui m'ont semblé faire sens selon la recherche en littérature réalisée précédemment et être facilement mesurables et interprétables pour évaluer la qualité du suivi à partir des dossiers patients.

Les résultats de l'analyse rétrospective des dossiers semblent, par un faible taux d'anamnèse relative à la CB, une réalisation peu fréquente de biologie complète et des suivis à fréquence très irrégulière chez les spécialistes, rejoindre la littérature qui décrivait un suivi insatisfaisant chez bon nombre de patients. Chez les patients connus depuis le début de leur trajet en chirurgie bariatrique, approximativement 70% avaient un suivi complet dans la première année ; la prise en charge s'essouffle par la suite. Concernant la satisfaction des médecins de l'association médicale, elles sont globalement insatisfaites de la prise en charge à long terme autant à l'hôpital que dans leur pratique en médecine générale.

V.2.2. Discussion des résultats de l'action

Nous nous sommes fixées des objectifs que nous avons jugés réalisables dans notre pratique. Malgré une période d'expérimentation courte (3 mois), les objectifs d'amélioration de la visibilité de l'antécédent CB dans le dossier, d'augmentation du nombre de patients ayant une anamnèse complète, un complément adéquat, une biologie adéquate et des paramètres encodés de façon systématique ont bien été atteints. La systématisation de l'anamnèse sur base d'une checklist a facilité et rendu plus complet le travail des médecins. Elles se sentent également plus à l'aise de parler de la CB depuis le rappel théorique proposé en début d'expérience et grâce à la fiche synthèse proposée. Concernant cette fiche, certains médecins ont déclaré préférer la version numérique à la version cartonnée plus vite oubliée dans un tiroir. Nous notons un bémol à propos de la récolte des données concernant l'invitation par voie postale à une consultation dédiée à la chirurgie bariatrique. En effet, nous ne pouvons pas porter de conclusion concernant l'utilité de cette action car nous n'avons pas pris la peine de demander systématiquement au patient s'il se présentait suite cette lettre. En discutant nous avons remarqué que la majorité du temps, le médecin prenait l'initiative d'aborder le sujet lors d'une consultation de routine après avoir vu la fenêtre pop-up de rappel de l'antécédent de CB. Un

système de rappel via l'outil « tâche » du logiciel Médispring a été instauré mais le rappel n'apparaît que dans 19 dossiers pour 28 patients revus. Il semble que nous pouvons également améliorer notre score concernant cette donnée, pour que chaque dossier revu comporte cette note de rappel. Bien évidemment, la présence de cette note ne garantit pas la perpétuation du suivi mais, je l'espère, peut contribuer à renforcer sa fréquence. Par toutes ces actions, notre équipe estime avoir globalement amélioré la prise en charge de ce groupe de patients et nous aimerions continuer sur notre lancée. Il serait d'ailleurs nécessaire de réévaluer les objectifs à plus long terme pour exclure un biais de temps.

Une des valeurs communes de notre association médicale est la vision holistique de la prise en charge. Nous sommes persuadées que chaque dimension du patient doit être prise en compte pour pouvoir le comprendre et le traiter au mieux. Dans ce travail nous nous sommes limitées principalement à des objectifs d'ordre « médicaux » (anamnèse, examen clinique, biologie, compléments nutritionnels), nous aimerions par la suite améliorer nos aptitudes et notre réseau concernant le suivi psychologique, la remise au sport, l'alimentation... de la personne ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique.

Lors de nos discussions d'équipe, nous avons soulevé l'importance du réseau et de la communication avec l'équipe multidisciplinaire qui peut parfois faire défaut. Nous apprécierions d'avoir plus de contact et un partage des connaissances multidirectionnelles avec les autres soignants entourant le patient. J'ai appris qu'actuellement, le KCE menait une étude concernant l'organisation et le financement d'un modèle de trajet de soins pluridisciplinaire pour la chirurgie bariatrique comme il en existe déjà en Belgique dans le cadre du diabète et de l'insuffisance rénale chronique. Il prendra en compte l'accompagnement pré et post-opératoire du patient (20). Ceci répond également au sentiment, invoqué par certains médecins traitants, de ne pas pouvoir assurer cette charge complexe seul (16).

Si nous faisons de notre mieux pour transmettre au patient l'intérêt de réaliser une prise de sang régulièrement, l'importance de prendre ses compléments, d'avoir un suivi multidisciplinaire ou encore d'entamer des changements importants de mode de vie (alimentation, activité physique...), le patient, sa motivation, sa volonté de changer, sa personnalité... restent toujours des facteurs déterminants que nous n'avons pas la possibilité de contrôler. Nous pouvons guider le patient, mais il reste l'acteur clé de sa santé. De là, ressort à nouveau l'importance capitale de l'information et de l'accompagnement à la prise de décision lors du trajet préopératoire du patient.

VI. Conclusion

Face au « boom » de la chirurgie bariatrique, le médecin généraliste semble prendre une place capitale dans le suivi post-opératoire à moyen et long terme des patients ayant eu recours à celle-ci afin de perpétuer ses effets bénéfiques et en minimiser ses conséquences adverses.

La mise en place au sein de notre association médicale de cette recherche-action a permis de conscientiser les médecins à cette problématique, d'enrichir leurs connaissances théoriques, d'augmenter la visibilité des patients ayant cet antécédent et de rendre les consultations relatives à ce sujet plus complètes et systématiques avec des prescriptions de biologie et de supplémentation plus adéquates. Nous espérons également que cette entreprise améliorera la pérennité du suivi.

Les actions qui ont permis ces améliorations sont la présentation d'un rappel théorique sous forme d'exposé, la diffusion au sein de l'équipe d'une référence « guideline » compréhensible et facilement accessible ainsi que la création d'une checklist permettant de réaliser une anamnèse et un examen clinique complets et de ne pas oublier la prescription d'une biologie et d'une supplémentation adéquate. Nous avons également créé une fenêtre « pop-up » permettant une meilleure visibilité de l'antécédent de CB, systématisé l'encodage des paramètres dans les dossiers et instauré un rappel de tâche à 1 an après une consultation dédiée à la CB pour favoriser la continuité du suivi. Cette expérience n'aurait pas été possible sans l'investissement et l'intérêt de chacune d'entre nous.

Dans la continuité de ce travail, nous aimerions compléter notre pratique par une optimisation de nos aptitudes et de notre réseau pour une prise en charge plus globale du patient intégrant le mode de vie, le suivi diététique et psychologique du patient. Dans cette optique holistique du suivi, l'organisation au niveau national d'un « trajet de soin bariatrique » semble être une perspective d'avenir prometteuse.

Bibliographie

1. OMS. Obésité et surpoids [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2018 [cité 17 nov 2019]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Louwagie P, Neyt M, Dossche D, et al. Efficacité, sécurité et coût-efficacité de la chirurgie de l'obésité. KCE ; 2019. Report No. : 316B.
3. Chevalier P. IMC, mortalité et facteurs confondants [Internet]. Minerva Website. 2017 [cité 17 nov 2019]. Disponible sur : <http://www.minerva-ebm.be/FR/Analysis/492>
4. Pekkarinen T. Opération bariatrique (chirurgie de l'obésité) [Internet]. EBpracticenet. 2018 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.ebpnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=ebm01025>
5. Gaspard S, Ketterer F, Belche J-L, Berrewaerts M-A, Giet D. La place et le rôle des médecins généralistes dans le suivi de chirurgie bariatrique en province de liège. Rev Med Liège. 2014 ; 69(4) : 194-9.
6. Prévost M, Gosselain Y, Laperche J, Roland M. Carnet de bord « assurance de qualité » [Internet]. 2ème éd. Bruxelles ; 1999 [cité 16 févr 2020]. 21 p. Disponible sur : <https://www.maisonmedicale.org/Carnet-de-bord-assurance-de-qualite.html>
7. Cebam Digital Library for Health. Comment rechercher ? [Internet]. CDLH asbl. [cité 16 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.cdlh.be/fr/aide/comment-rechercher>
8. Navez B, Thissen J-P. Chirurgie bariatrique : le suivi en médecine générale. Louvain Méd. 2018 ; 137(5) : 250-4.
9. Haute Autorité de Santé. Information pour le médecin traitant, chirurgie de l'obésité chez l'adulte. 2009.
10. Dynamed. Record No. T483434, Bariatric surgery in adults [Internet]. Ipswich (MA) : EBSCO Information Services. 1995 [cité 8 déc 2019]. Disponible sur: https://www-dynamed-com.gateway2.cdlh.be/procedure/bariatric-surgery-in-adults#EFFI-CACY_OF_BARIATRIC_SURGERY
11. Driscoll S, Gregory DM, Fardy JM, Twells LK. Long-term health-related quality of life in bariatric surgery patients : A systematic review and meta-analysis. Obesity. 2016 ; 24(1) : 60-70.

12. Barsamian C, Carette C, Rives-Lange C, Czernichow S. Difficultés du suivi des patients après une chirurgie bariatrique : de trop nombreux patients sont perdus de vue. Rev Prat. 2017 ; (4) : 450-3.
13. Haute Autorité de Santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2009 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_765529/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte
14. Kim HJ, Madan A, Fenton-Lee D. Does patient compliance with follow-up Influence weight loss after gastric bypass surgery ? A systematic review and meta-analysis. Obes Surg. 2014 ; 24(4) : 647-51.
15. Spaniolas K, Kasten KR, Celio A, Burruss MB, Pories WJ. Postoperative follow-up after bariatric surgery : effect on weight loss. Obes Surg. 2016 ; 26(4) : 900-3.
16. Jaffiol C, Bringer J, Laplace J-P, et al. Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique. Bull Académie Natl Médecine. 2017 ; 201(7-9) : 973-82.
17. Vignot M, Oppert J-M, 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 ; 134(3) : 70-7.
18. De Ruyck I, Devillers C, Lacroix S, Leroy T, Nonneman A, Pinckaers N. Chirurgie bariatrique - Suivi [Internet]. 2016. Disponible sur : <https://farmaka.cbip.be/frontend/files/publications/files/chirurgie-bariatrique-suivi-presentation.pdf>
19. Farmaka. Farmaka ASBL Rapport Annuel 2015 [Internet]. Bruxelles ; 2015 [cité 28 mars 2020] 20 p. Disponible sur : <https://www.farmaka.be/frontend/files/publications/files/rapport-annuel-2015-farmaka-asbl.pdf>
20. KCE. Etude 2018-07 (HSR) Organisation et financement d'un trajet de soins bariatriques optimal [Internet]. KCE centre d'expertise fédéral des soins de santé. 2018 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur : </fr/etude-2018-07-hsr-organisation-et-financement-dun-trajet-de-soins-bariatriques-optimal>
21. Haute Autorité de Santé. Technique de l'anneau gastrique ajustable [Internet]. 2009 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/07r08_fiche_tech_chirurgie_obesite_anneau_gastrique.pdf

22. Haute Autorité de Santé. Technique de la gastrectomie longitudinale (ou gastrectomie en manchon ou sleeve gastrectomy) [Internet]. 2009 [cité 21 mars 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/fiche_technique_gastrectomie_080909.pdf
23. Haute Autorité de Santé. Technique du bypass gastrique (ou court-circuit gastrique) [Internet]. 2009 [cité 21 mars 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/fiche_technique_bypass_080909.pdf
24. Haute Autorité de Santé. Technique de la dérivation biliopancréatique [Internet]. 2009 [cité 21 mars 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/fiche_technique_derivation_biliopanceeatique_080909.pdf

Annexes

ANNEXE 1.a : récolte des données de l'analyse rétrospective des dossiers

	Sexe	Âge ¹	Type ²	Date ³	Anamnèse ⁴	Rapport ⁵	Biologie ⁶	Mesure poids ⁷	Tour de taille ⁸	Compléments ⁹	Suivi 1 ^{ère} année ¹⁰	Long cours ¹¹
1	F	25	S	2019	0	0	0	0	0	0	0	NC
2	F	32	B	2004	I	0	I	0	0	I	NC	0
3	F	54	B	2018	0	0	0	0	0	0	NC	NC
4	F	35	D	2018	0	I	I	I	0	I	I	I
5	M	59	B	2012	0	0	0	I	0	0	NC	0
6	F	46	B	2019	I	I	I	I	0	I	I	NC
7	F	58	S	2016	0	0	0	I	0	0	I	0
8	M	24	A	1996	0	0	I	I	0	0	NC	0
9	M	38	A	2012	0	0	0	I	0	0	I	0
10	M	50	S	2018	I	I	I	I	0	I	0	0
11	F	26	B	2007	0	0	0	I	0	0	NC	0
12	M	40	S	2010	0	0	0	0	0	0	0	0
13	F	42	B	2012	I	I	I	I	0	I	NC	I
14	M	35	B	2011	I	0	0	I	0	0	I	0
15	M	48	S	2018	0	I	I	I	0	I	I	NC
16	F	26	S	2014	0	0	0	I	0	0	0	0
17	F	39	A+B+S	2018	I	I	I	I	0	I	I	0
18	F	58	S	2017	0	0	0	I	0	0	0	0
19	F	34	A+B	2003	0	0	0	0	0	0	NC	0
20	F	46	B	2012	0	0	0	I	0	0	I	0
21	F	51	S	2015	0	0	0	I	0	0	NC	NC
22	F	45	A+B	2013	0	0	0	I	0	I	I	0
23	M	48	S	2017	0	I	I	I	0	I	I	I
24	F	51	B	2011	0	0	0	0	0	0	I	0
25	F	29	S	2015	0	0	0	0	0	0	I	0
26	M	40	A+B	2008	0	0	0	0	0	0	NC	NC
27	F	38	A	2010	0	I	I	I	0	0	I	I
28	F	30	B	2013	0	I	I	I	0	I	I	I

29	F	59	S	2019	I	I	I	I	0	I	0	NC
30	F	NC	S+ D	NC	0	0	0	0	0	0	NC	NC
31	M	38	B	2012	0	0	0	I	0	0	I	0
32	F	32	S	2011	0	0	I	I	0	0	I	0
33	M	23	B	2019	0	0	0	I	0	I	0	NC

ANNEXE 1.b : résultats de l'analyse rétrospective des dossiers par item

Items	Présence (I)	Absence (0)
Anamnèse⁴	7/33 (21.2%)	26/33 (78.8%)
Rapport⁵	10/33 (30.3%)	23/33 (69.7%)
Biologie⁶	13/33 (39.4%)	20/33 (60.6%)
Mesure poids⁷	24/33 (72.7 %)	9/33 (27.3%)
Tour de taille⁸	0/33 (0%)	33/33 (100%)
Compléments⁹	12/33 (36.4%)	21/33 (63.6%)

Légende ANNEXE 1.a et 1b :

(0 = absence ; I = présence ; NC = non connu)

1 : Âge lors de la chirurgie.

2 : Type de chirurgie : A= anneau, S= sleeve, B= bypass et D= dérivation biliopancréatique.

3 : Date de la dernière chirurgie.

4 : Présence de traces d'une anamnèse relative à la CB (accord avec la littérature) dans le dossier médical dans la dernière année.

5 : Présence dans le dossier de rapports de spécialistes relatifs à la CB dans la dernière année.

6 : Présence d'une biologie relative complète (en accord avec la littérature) dans la dernière année.

7 : Réalisation d'une mesure du poids dans la dernière année.

8 : Réalisation d'une mesure du tour de taille dans la dernière année.

9 : Traces de prescription d'un complément alimentaire adapté dans la dernière année.

10 : Suivi complet (à la fréquence recommandée) par le spécialiste dans la première année suivant la chirurgie.

11 : Suivi réalisé à la fréquence préconisée dans les guidelines (en accord avec la littérature) tout au long des années depuis la chirurgie (chez les patients ayant été opérés il y a >1an).

ANNEXE 2 : questionnaire de satisfaction proposé aux médecins de l'association médicale

Comment qualifieriez-vous la qualité de la prise en charge post-opératoire hospitalière à < 6 mois de vos patients ayant subi une chirurgie bariatrique ?

- Très insatisfaisant
- Insatisfaisant
- Satisfaisant
- Très satisfaisant

Comment qualifieriez-vous la qualité de la prise en charge post-opératoire hospitalière à > 6 mois de vos patients ayant subi une chirurgie bariatrique ?

- Très insatisfaisant
- Insatisfaisant
- Satisfaisant
- Très satisfaisant

Comment qualifieriez-vous la qualité de VOTRE prise en charge post-opératoire en médecine générale à < 6 mois des patients ayant subi une chirurgie bariatrique ?

- Très insatisfaisant
- Insatisfaisant
- Satisfaisant
- Très satisfaisant

Comment qualifieriez-vous la qualité de VOTRE prise en charge post-opératoire en médecine générale à > 6 mois des patients ayant subi une chirurgie bariatrique ?

- Très insatisfaisant
- Insatisfaisant
- Satisfaisant
- Très satisfaisant

ANNEXE 3 : les différentes techniques de chirurgie bariatrique

L'Anneau gastrique

La pose d'un anneau gastrique est une technique restrictive qui consiste à placer un anneau en silicone dont la taille est ajustable par gonflement autour de la partie supérieure de l'estomac. Le volume de l'estomac est diminué et le passage des aliments ralenti diminuant ainsi la quantité d'aliments pouvant être ingérés. L'absorption des aliments n'est pas modifiée. L'anneau peut être serré ou desserré via une tubulure reliée à un boîtier placé sous la peau (2,21,4). Un contrôle radiologique est nécessaire lors du suivi. L'intervention dure approximativement 1h et nécessite 2-3 jours d'hospitalisation (21).

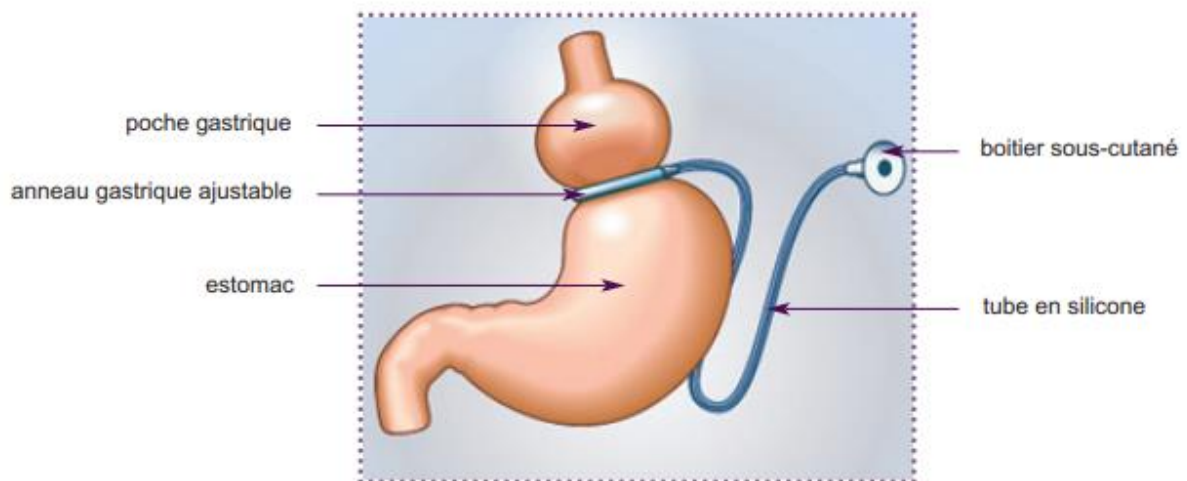


Figure 1 : l'anneau gastrique

Source : Haute Autorité de Santé. Technique de l'anneau gastrique ajustable [Internet]. 2009 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/07r08_fiche_tech_chirurgie_obesite_anneau_gastrique.pdf

La sleeve

La sleeve est une technique uniquement restrictive consistant en l'exérèse d'une grande partie de l'estomac qui est alors réduit à la forme d'un tube vertical depuis lequel les aliments passent rapidement dans l'intestin. En outre, l'appétit est diminué car la pièce emportée contient une grande partie des cellules sécrétant la ghréline. La perte de poids attendue est de l'ordre de 45 à 65 % de l'excès de poids après 2 ans en fonction du poids de départ du patient. L'intervention dure en moyenne 2 heures et l'hospitalisation 3-8 jours (22).

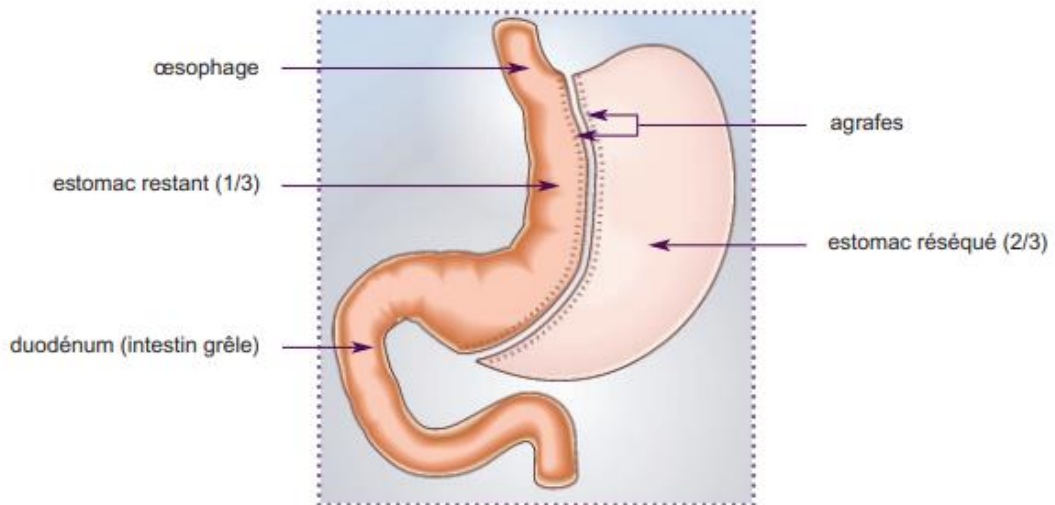


Figure 2 : la sleeve

Source : Haute Autorité de Santé. Technique de la dérivation biliopancréatique [Internet]. 2009 [cité 21 mars 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/fiche_technique_derivation_biliopanceeatique_080909.pdf

Le bypass

Le bypass gastrique est une technique mixte, à la fois restrictive et malabsorptive, qui réduit la taille de l'estomac (et donc la quantité ingérable d'aliments) et diminue leur digestion par le court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin. Les aliments passent de la petite poche d'estomac directement vers la partie moyenne de l'intestin grêle. Aucun organe n'est retiré. La perte de poids attendue est supérieure à celle de la sleeve et de l'anneau (70-75% de l'excès de poids). La durée moyenne de l'intervention est de 1.5 à 3 heures et celle de l'hospitalisation de 4 à 8 jours (23).

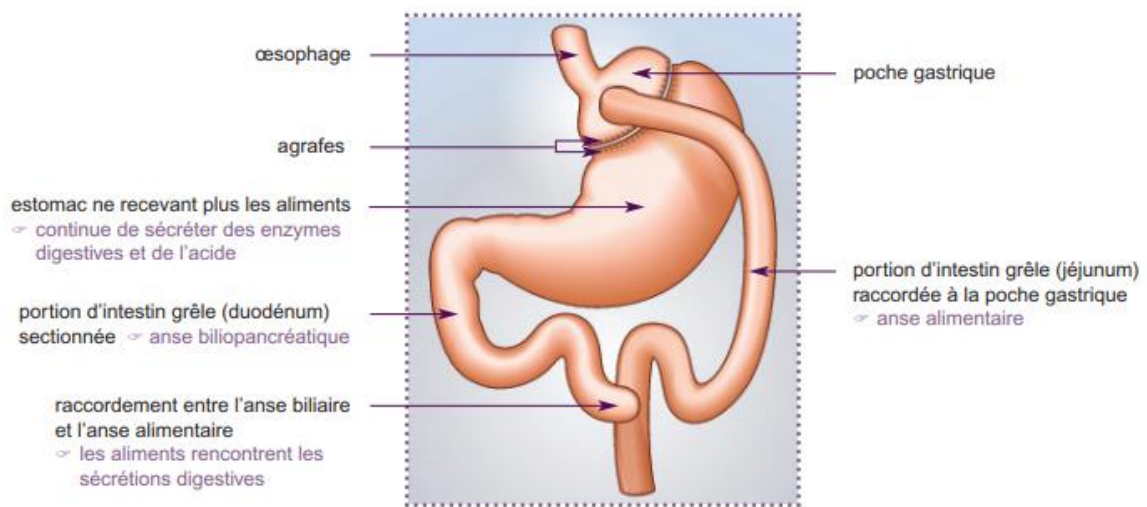


Figure 3 : le bypass gastrique

Source : Haute Autorité de Santé. Technique du bypass gastrique (ou court-circuit gastrique) [Internet]. 2009 [cité 21 mars 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/fiche_technique_bypass_080909.pdf

La dérivation biliopancréatique

La dérivation biliopancréatique est une technique mixte associant une gastrectomie et une division de l'intestin grêle en deux parties. Le chirurgien raccorde l'estomac à la partie de l'intestin servant à transporter les aliments vers le colon. La deuxième partie de l'intestin grêle véhicule les sécrétions digestives du foie et du pancréas et vient se greffer sur la première portion intestinale juste avant son embouchure sur le colon. Ainsi, les aliments sont séparés des sucs digestifs et assimilés que sur une très courte portion de l'intestin grêle. La perte de poids attendue est de l'ordre de 75 à 80 % de l'excès de poids. La durée de l'hospitalisation est de 8 à 10j (24).

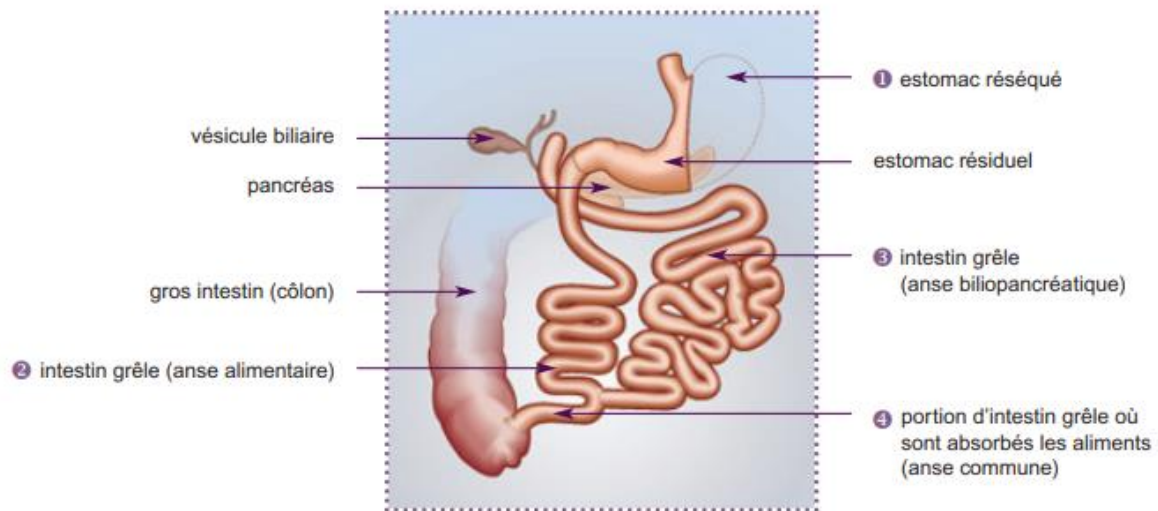


Figure 4 : la dérivation biliopancréatique

Source : Haute Autorité de Santé. Technique de la dérivation biliopancréatique [Internet]. 2009 [cité 21 mars 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/fiche_technique_derivation_biliopanceeatique_080909.pdf

ANNEXE 4 : test de connaissance proposé avant la présentation orale, directement après et 3 mois plus tard

Test de connaissance

- Quelle devrait-être la fréquence du suivi dans la première année et par la suite (par un médecin) ?
- A quelle carence est associée une dysgueusie ou des cheveux cassants ?
- Quels sont les éléments à ajouter spontanément à la biologie de base dans le cadre du suivi d'une **sleeve** selon Farmaka (18) ?
- Quels sont les éléments à rajouter **spontanément** à la biologie de base (formule sanguine complète (cofo), fonction hépatique, fonction rénale, glycémie, albumine, lipide) dans le cadre d'un **bypass** selon Farmaka (18) ?
 - Vit D, vit B12, Zn, acide folique, Mg, Se
 - Vit D, Ca, Zn, Vit B12, PTH, acide folique
 - Vit B12, Ca, Vit K, Zn, acide folique
 - Vit D, Mg, vit B12, PTH, acide folique
 - Vit D, Ca, Vit B12, Mg, Zn
- Lors de quelle chirurgie la prise de multivitamines est-elle recommandée selon Farmaka (18) ?
 - Sleeve et bypass
 - Sleeve et anneau
 - Bypass et dérivation biliopancréatique
 - Sleeve, bypass et dérivation biliopancréatique
 - Anneau, sleeve, bypass et dérivation biliopancréatique

ANNEXE 5 : checklist élaborée par l'équipe sur base de la présentation Farmaka (18)

ANAMNESE

- ✓ Anamnèse alimentaire : quantité ? qualité ? aliments posant problème ?
- ✓ Vomissements persistants, alcool+++ (Vit B1) ?
- ✓ Stéatorrhée (Vit ADEK) ?
- ✓ Cheveux cassants ou pertes de cheveux (Zn, protéines) ?
- ✓ Cicatrisation difficile (Cu) ?
- ✓ Hématomes, saignements (Vit K) ?
- ✓ Troubles neurologiques centraux ou périphériques (Vit B12, acide folique, Vit B1, Ca, Cu) ?
- ✓ Cécité nocturne (Vit A) ?
- ✓ Faiblesse musculaire (protéines) ?
- ✓ Dysgueusie (Zn) ?
- ✓ Œdème, insuffisance cardiaque (Vit B1, protéines, Cu) ?
- ✓ Suivi multidisciplinaire ?
- ✓ Activité physique ?


EXAMEN CLINIQUE

- ✓ (ACP, paramètres)
- ✓ Auscultation + palpation abdominale
- ✓ Poids + tour de taille

PRESCRIPTION DE COMPLEMENTS

BIOLOGIE

ANNEXE 6 : lettre d'invitation à une consultation dédiée au suivi de la chirurgie bariatrique



Nom du destinataire

Rue, code postal, ville

Madame, monsieur,

Dans le cadre d'un programme d'amélioration de la prise en charge des patients ayant eu recours à la chirurgie bariatrique (bypass, sleeve, anneau gastrique, dérivation bilio-pancréatique), nous vous rappelons l'importance d'un suivi régulier (au minimum 1x/an) tout au long de la vie.

Un meilleur suivi permet un meilleur maintien de la perte de poids, une diminution du risque de complications et de carences nutritionnelles.

Le suivi au long terme peut en partie être réalisé par votre médecin traitant.

Par cette lettre, nous vous invitons à en discuter avec votre médecin traitant ou à prendre rendez-vous pour une consultation ciblée sur cette thématique.

Sincères salutations,

En accord avec votre médecin traitant (noms de médecins de l'association),

Dr L. Polomé, assistante du Dr S. Leruth



ANNEXE 7 : tableau des résultats au test de connaissance

		NMRC Q1 /5 ¹	NMRC Q2 /5	NMRC Q3 /5	NMRC Q4 /5	NMRC Q5 /5
Test	pré-	0/5	2/5	0/5	2/5	0/5
présentation						
Test	post-	5/5	4/5	5/5	4/5	5/5
présentation						
Test	post-	4/5	4/5	5/5	4/5	4/5
présentation						
après 3 mois						

¹Nombre de médecins répondant correctement à la question sur 5 médecins.

ANNEXE 8.a : récolte des données dans les dossiers après 3 mois d'action

	Vu ? ¹	Pop-up ? ²	Anamnèse ? ³	Poids ? ⁴	Tour de taille ? ⁵	Biologie ? ⁶	Rappel à 1 an ? ⁷	Compléments ? ⁸	Lettre ? ⁹
1	I	I	0	I	0	I	0	0	NC
2	I	I	I	I	I	I	I	I	NC
3	0	I	0	0	0	0	0	0	0
4	I	I	I	I	I	I	I	I	0
5	0	I	0	I	0	0	0	0	0
6	I	I	I	I	0	I	0	I	I
7	I	I	I	I	I	I	I	I	I
8	I	I	I	I	I	I	I	0	0
9	I	I	I	I	I	I	I	0	NC
10	I	I	I	I	I	I	I	I	NC
11	I	I	0	I	0	0	0	0	NC
12	I	I	I	I	I	I	0	0	NC
13	I	I	I	I	I	I	0	I	I
14	I	I	I	I	I	I	I	0	0
15	I	I	I	I	I	I	I	I	0
16	I	I	I	I	I	I	I	I	NC
17	I	I	I	I	I	I	I	I	0
18	I	I	I	I	I	I	I	I	NC
19	0	I	0	0	0	0	0	0	0
20	I	I	I	I	I	I	I	I	0
21	I	I	I	I	I	I	I	I	I
22	I	I	I	I	I	I	I	I	NC
23	I	I	I	I	I	I	I	I	0
24	I	I	I	I	I	I	I	0	I
25	I	I	0	I	0	0	0	0	0
26	I	I	I	I	I	I	I	I	NC
27	0	I	0	I	0	I	0	0	0
28	I	I	I	I	I	I	0	I	0

29	I	I	I	I	I	I	I	0	I	I
30	I	I	I	I	0	I	I	I	I	I
31	I	I	I	I	I	I	I	I	0	0
32	0	I	0	I	0	I	0	0	0	0
33	I	I	0	I	0	I	0	0	I	NC

ANNEXE 8.b : résultats de la récolte des données dans les dossiers après 3 mois d'action pour chaque item

Items	Présence (I)	Absence (0)
Vu¹	28/33 (84.8%)	5/33 (15.2%)
Pop-up²	33/33 (100%)	0/33 (0%)
Anamnèse³	24/33 (72.7%)	9/33 (27.3%)
Mesure poids⁴	31/33 (93.9 %)	2/33 (6.1%)
Tour de taille⁵	22/33 (66.7%)	11/33 (33.3%)
Biologie⁶	28/33 (84.8%)	5/33 (15.2%)
Rappel à 1 an⁷	19/33 (57.6%)	14/33 (42.4%)
Compléments⁸	19/33 (57.6%)	14/33 (42.4%)

Légende ANNEXE 8a et 8.b

- 1 : Vu en consultation durant les 3 mois d'action.
- 2 : Apparition de la fenêtre pop-up à l'ouverture du dossier.
- 3 : Présence d'une anamnèse complète dans l'année correspondant aux recommandations choisies, à la relecture des dossiers après 3 mois.
- 4 : Présence d'un poids encodé dans l'année à la relecture des dossiers après 3 mois.
- 5 : Présence d'un tour de taille encodé dans l'année à la relecture des dossiers après 3 mois.
- 6 : Présence d'une prescription de biologie dans l'année à la relecture des dossiers après 3 mois.
- 7 : Présence d'un rappel à 1 an de la réalisation d'une consultation concernant la chirurgie bariatrique à la relecture des dossiers après 3 mois.

- 8 : Présence d'une prescription de compléments adéquats dans l'année à la relecture des dossiers après 3 mois.
- 9 : Le patient se présente en consultation suite à la réception de la lettre d'invitation au suivi.

