

**Comment organiser la collaboration entre les
médecins généralistes et l'équipe de concertation
multidisciplinaire de chirurgie bariatrique lors de
l'évaluation préopératoire à Bruxelles ?**

Etude par consensus d'experts selon la méthode Delphi

Angela Willems

Travail de fin d'études
Master de spécialisation en médecine générale
2022-2023

*Promoteur : Dr Anne Gillet
Tuteur : Dr Gilles Cornelis*

Remerciements

Au Dr Anne GILLET, ma promotrice, pour ses relectures attentives et ses conseils tout au long de ce travail,

Au Dr Gilles CORNELIS, mon tuteur et membre du CAMG, pour son aide précieuse, ses supervisions et ses nombreuses relectures,

Au Dr Yasmin ABID et Thérèse LEROY, également membres du CAMG, pour leurs conseils et leurs supervisions au sein des ateliers TFE,

Aux experts de cette étude, pour le temps consacré et leur implication ayant permis la réalisation de ce travail,

A ma famille, Soahade, Sarah, Sandra et Simon, pour leur soutien indéfectible et leurs encouragements tout au long de mon parcours universitaire,

A Ella, pour son aide à l'analyse des résultats sur le tableur Google Sheets,

A Remy, pour son écoute, ses relectures et son soutien sans faille au quotidien.

Résumé

INTRODUCTION – Ces dernières années, la chirurgie bariatrique s’est imposée comme le traitement le plus efficace des obésités sévères. La décision chirurgicale doit faire l’objet d’une discussion collégiale afin de déterminer si le patient répond aux critères d’éligibilité. En Belgique, les recommandations nationales préconisent que le médecin généraliste soit consulté lors de l’évaluation préopératoire. Malgré ces recommandations, les équipes hospitalières sollicitent rarement les médecins généralistes alors que leurs connaissances sur la situation biopsychosociale du patient sont pertinentes pour la prise de décision opératoire.

OBJECTIFS - L’objectif principal de cette étude était de caractériser la collaboration entre les médecins généralistes et l’équipe de concertation multidisciplinaire lors de l’évaluation préopératoire du patient candidat à la chirurgie bariatrique, et d’en définir les modalités pratiques. L’objectif secondaire était l’élaboration d’une fiche de liaison destinée aux généralistes lors de l’évaluation préopératoire.

MÉTHODE - La méthode Delphi par consensus d’experts a été utilisée pour cette étude. Elle consiste à interroger un panel d’experts de façon itérative et interactive grâce à des questionnaires en ligne. Au total, 3 tours ont été nécessaires à l’obtention d’un consensus. Les résultats ont été analysés selon des procédés quantitatif et qualitatif. Le procédé quantitatif s’est basé sur l’analyse d’échelles de Likert et a permis l’élaboration du consensus. Le procédé qualitatif s’est concentré sur l’analyse des commentaires des experts et a permis l’élaboration de nouvelles propositions.

RÉSULTATS - Dans cette étude, 30 experts ont été recrutés, dont 9 généralistes et 21 membres de l’équipe de la concertation multidisciplinaire de chirurgie bariatrique de 5 hôpitaux bruxellois. Au total, 29 propositions sur les 31 évaluées ont obtenu un consensus. La nécessité de proposer systématiquement au médecin généraliste de participer à l’évaluation préopératoire a été établie. Cette participation doit au minimum se faire par le biais d’un rapport écrit standardisé et reproductible.

CONCLUSION - Cette étude a permis la validation de 29 propositions caractérisant la collaboration entre les généralistes et l’équipe de concertation multidisciplinaire lors de l’évaluation préopératoire de chirurgie bariatrique, ainsi que ses modalités pratiques. En cours d’étude, une fiche de liaison destinée aux généralistes a été élaborée sur base des propositions validées. Une perspective intéressante serait l’évaluation de l’impact de la mise en place d’une fiche de liaison sur la collaboration entre généralistes et équipe hospitalière à Bruxelles, via une étude prospective.

MOTS-CLÉS - Chirurgie bariatrique, évaluation préopératoire, concertation multidisciplinaire, médecin généraliste, collaboration, Delphi, consensus.

Sigles et acronymes

CAMG	Centre Académique de Médecine Générale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CM	Concertation Multidisciplinaire
COM	Concertation Oncologique Multidisciplinaire
DMG	Dossier Médical Global
DMI	Dossier Médical Informatisé
Dr	Docteur
GEIMG	Groupe d’Ethique Interuniversitaire pour la Médecine Générale
GLEM	Groupe Local d’Evaluation Médicale
HAS	Haute Autorité de Santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
INAMI	Institut National d’Assurance Maladie-Invalidité
KCE	Kenniscentrum - Centre d’Expertise – Centre Fédéral d’Expertises des Soins de Santé
MG	Médecine Générale – Médecin(s) Généraliste(s)
MG TFE	Médecine Générale Travaux de Fin d’Etudes
MT	Médecin Traitant
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
QCM	Question(s) à Choix Multiples
QO	Question(s) Ouverte(s)
QRM	Question(s) à Réponses Multiples
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
TFE	Travail de Fin d’Etudes – Travaux de Fin d’Etudes
UCL	Université Catholique de Louvain
ULB	Université Libre de Bruxelles
UZ	Universitair Ziekenhuis
VUB	Vrije Universiteit Brussel
1 ^{er} -1 ^{ère}	Premier – première
2 ^{ème}	Deuxième
3 ^{ème}	Troisième

Table des matières

I.	Introduction.....	1
I.A	Choix du sujet.....	3
II.	Cadre théorique.....	4
II.A	La concertation multidisciplinaire préopératoire en chirurgie bariatrique	4
II.B	Le médecin généraliste et l'évaluation préopératoire.....	5
III.	Méthodologie	6
III.A	Démarche générale.....	6
III.B	Recherche de littérature	7
III.C	Méthode Delphi	8
Choix de la méthode.....		8
Généralités		8
Déroulement		9
Avantages et inconvénients		9
III.D	Déroulement de l'étude.....	10
Sélection des experts.....		10
Recrutement des experts		11
Elaboration du questionnaire initial.....		12
Premier tour		13
Analyse des résultats du premier tour		13
Elaboration du deuxième questionnaire.....		16
Deuxième tour.....		16
Analyse des résultats du deuxième tour		16
Elaboration du troisième questionnaire		16
Troisième tour		17
Analyse des résultats du troisième tour.....		17
III.E	Anonymisation des données et comité d'éthique	17
IV.	Résultats	18
IV.A	Premier tour.....	18
Panel d'experts.....		18
Analyse quantitative.....		19
Analyse qualitative		22
IV.B	Deuxième tour	25
Panel d'experts.....		25
Analyse quantitative.....		25

Analyse qualitative	29
IV.C Troisième tour	30
Panel d'experts	30
Analyse quantitative	30
Analyse qualitative	32
IV.D Synthèse des trois tours	32
V. Discussion	33
V.A Discussion des résultats	33
La définition de la collaboration	33
Le rôle du médecin généraliste	34
Les modalités pratiques de la collaboration	38
V.B Forces et limites	41
Les forces	41
Les limites	41
V.C Perspectives	42
VI. Conclusion	43
VII. Bibliographie	44

I. Introduction

Aujourd'hui, l'obésité est une pathologie qui atteint des proportions pandémiques (1,2). Selon l'OMS, environ 650 millions d'adultes dans le monde sont obèses¹ (4). En Belgique cela représente 16 % de la population adulte et ce pourcentage ne fait qu'augmenter (1).

Les conséquences de l'obésité sont multiples. En termes de santé individuelle, un individu obèse présente un risque accru de diabète de type 2, de complications cardio-vasculaires et musculosquelettiques, d'apnées obstructives du sommeil, de cancers, etc. L'espérance de vie est également affectée. En comparaison avec une personne de poids normal, une personne obèse perdra entre 3 à 8 années de vie en bonne santé (3). Enfin, la prévalence des troubles psychiatriques est plus élevée chez les personnes obèses que dans la population générale. Cette prévalence est par ailleurs encore plus élevée parmi les candidats à la chirurgie bariatrique (2,4,5). En effet, chez les patients avec un indice de masse corporelle (IMC) > 35, entre 40 et 70 % ont au moins un antécédent de trouble psychiatrique au cours de leur vie et entre 20 et 50 % présentent un trouble psychiatrique au moment de l'évaluation préopératoire de chirurgie bariatrique. Les troubles les plus fréquemment rencontrés sont les troubles anxieux, de l'humeur, du comportement alimentaire, de la personnalité et les addictions (2,6). En termes de santé publique, l'obésité constitue un problème majeur tant par sa prévalence que par sa gravité, et représente une charge économique considérable (3,6). En cause, les coûts importants en soins de santé, mais aussi la perte de productivité principalement liée à l'absentéisme et à la difficulté à trouver de l'emploi (3).

Le surpoids et l'obésité peuvent généralement être traités par une alimentation saine, moins abondante et une activité physique appropriée. Ces mesures hygiéno-diététiques constituent la base de tout traitement et nécessitent une adaptation du mode de vie. Toutefois, lorsque ces mesures ne permettent pas une perte de poids satisfaisante, une chirurgie de réduction pondérale est envisagée (1,3). Ces dernières années, la chirurgie bariatrique s'est imposée comme le traitement le plus efficace des obésités sévères², et de plus en plus de patients y ont recours (2,7). Entre 2007 et 2017, environ 1 belge sur 100 a subi une intervention de chirurgie bariatrique (1). Chez la majorité des patients, cette opération améliore

¹ L'obésité désigne l'état d'une personne dont l'indice de masse corporelle (IMC) est ≥ 30 (1-3).

² L'obésité sévère désigne l'état d'une personne dont l'IMC ≥ 35 (1-3).

significativement la qualité de vie (2,5). Toutefois, l'évolution d'un pourcentage non négligeable de patients est marquée par des complications, notamment psychiatriques, telles que l'augmentation du risque suicidaire ou d'addiction à l'alcool (2,6). En effet, en plus des implications somatiques importantes, la chirurgie bariatrique impose des changements comportementaux et psychologiques significatifs à une population déjà porteuse d'une certaine vulnérabilité sur le plan psychologique (8). Les troubles psychiatriques peuvent non seulement constituer une contre-indication temporaire ou définitive à la chirurgie, mais peuvent également être des facteurs de risque de moins bonne évolution post-opératoire (2,6). Il est donc indispensable de vérifier préalablement que l'état de santé mentale et le contexte psychosocial du patient permettent une adaptation aux changements demandés par l'intervention (8). A ce titre, une bonne évaluation préopératoire, notamment psychosociale, est fondamentale.

Afin d'optimiser la préparation à l'intervention ainsi que la qualité du suivi postopératoire, la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire est aujourd'hui reconnue (2,4). La concertation multidisciplinaire (CM) préopératoire se déroule en présence de plusieurs professionnels de la santé expérimentés (chirurgiens, endocrinologues, psychologues, psychiatres, diététiciens, etc.) et a pour but d'informer, d'évaluer et de préparer les candidats à la chirurgie bariatrique (2,8). En Belgique, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) constate une grande hétérogénéité dans les prises en charge préopératoires, notamment en termes de déroulement, de professionnels impliqués ou encore de degré de collaboration avec la 1^{ère} ligne. En 2020, le KCE précise les objectifs de cette CM en insistant sur la nécessité d'ajouter des critères supplémentaires aux critères légaux actuels de remboursement des chirurgies bariatriques, et propose pour ce faire la participation d'un nouvel acteur : le médecin généraliste (MG) (1). Alors qu'une place est donnée aux MG dans l'évaluation préopératoire, il est surprenant de constater que leur rôle n'est pas, ou peu, décrit dans la littérature. Ceci peut expliquer la mise en pratique relativement faible de cette collaboration, alors même que l'avis des MG sur l'opération envisagée et sur l'état de santé global du patient est pertinent.

Ce travail de fin d'études aura donc pour objectif de caractériser la collaboration entre les MG et l'équipe de CM préopératoire de chirurgie bariatrique, et d'en décrire les modalités pratiques. La question de recherche est : « **Comment organiser la collaboration entre les médecins généralistes et l'équipe de concertation multidisciplinaire de chirurgie bariatrique lors de l'évaluation préopératoire à Bruxelles ?** »

I.A Choix du sujet

Lors de ma 1^{ère} année d'assistantat, j'ai régulièrement suivi en consultation une patiente turcophone de 49 ans. Au niveau médical, elle présente un diabète de type 2 très déséquilibré, de l'hypertension artérielle non contrôlée et une obésité morbide avec un IMC calculé à 56. D'un point de vue psychosocial, il s'agit d'une patiente qui vit seule avec son mari et sa fille de 13 ans et qui présente un isolement social majeur. Elle présente également des affects dépressifs non traités. A chaque consultation, la communication est très compliquée. Les rendez-vous chez les spécialistes sont difficiles à organiser et les plans d'action ne sont que très peu compris, malgré les multiples explications données et traduites par un interprète professionnel. Ceci illustre brièvement la complexité de la situation de cette patiente.

Un jour, elle m'adresse sa volonté de subir une chirurgie bariatrique. D'un point de vue somatique, l'indication chirurgicale est plutôt évidente. Par contre, d'un point de vue psychosocial et psychiatrique, on perçoit instinctivement qu'une telle opération peut avoir des conséquences lourdes si elle n'est pas correctement préparée et accompagnée... Dès lors, je me suis retrouvée face à plusieurs questionnements. Comment assurer un choix libre et éclairé alors même que la communication et la compréhension sont très limitées ? Quelles conséquences d'une chirurgie bariatrique sur une patiente fragile sur le plan psychosocial ? Comment sa demande va-t-elle être évaluée d'un point de vue psychosocial et psychiatrique ? Comment cette évaluation va-t-elle l'inclure ? Mon avis sera-t-il sollicité lors de la concertation multidisciplinaire préopératoire ? *Les médecins généralistes pourraient-ils participer à améliorer l'évaluation préopératoire et l'accompagnement des candidats plus fragiles d'un point de vue psychosocial et psychiatrique ?*

II. Cadre théorique

II.A La concertation multidisciplinaire préopératoire en chirurgie bariatrique

La CM est une réunion au cours de laquelle un collège de professionnels de la santé issus de disciplines différentes propose, pour chaque patient, une stratégie diagnostique et/ou thérapeutique optimale en répondant aux prescriptions légales en la matière (9). Au cours de ces réunions, les professionnels de la santé discutent de la situation d'un patient et des traitements possibles en fonction des dernières études scientifiques, analysent les bénéfices et les risques encourus, et évaluent la qualité de vie du patient qui va en résulter (10).

En Belgique, les critères de remboursement de la chirurgie bariatrique sont bien définis [Annexe 2]. Parmi ceux-ci, il est précisé que le cas du patient doit se discuter en CM, réunissant le chirurgien, au moins un interniste et un psychologue clinicien ou psychiatre. Le rapport de cette CM doit être signé par au moins 3 des intervenants et doit contenir l'accord commun d'indication de chirurgie (1). Il existe cependant une grande hétérogénéité dans la composition de l'équipe multidisciplinaire, ainsi que dans la manière dont cette équipe fonctionne, se réunit et prépare les patients à l'opération et à la vie après. Dans certains centres, une réunion de CM a lieu pour chaque patient, dans d'autres, elle ne concerne que certains patients. Parfois, il n'y a pas de véritable concertation, les professionnels concernés se contentant de signer le formulaire. De plus, l'étude menée par le KCE a montré que certains centres ne respectent pas strictement les critères légaux, voire ont tendance à les contourner, par exemple en suggérant aux patients de prendre du poids afin de rentrer dans les critères de remboursement (1). Concernant l'expertise psychosociale, celle-ci est actuellement assurée par le psychologue clinicien ou le psychiatre qui remplissent des rôles différents selon les centres. Certains apposent simplement leur signature sur le formulaire, d'autres sélectionnent les candidats sur base des contre-indications psychosociales (avis parfois ignoré par les chirurgiens), et d'autres encore assurent un véritable accompagnement psychothérapeutique pré et post-opératoires (1). L'évaluation psychosociale vise à évaluer le fonctionnement du patient, la présence de troubles du comportement alimentaire ou la consommation de substances. Elle veille également à éduquer le patient sur les complications psychosociales post-chirurgie (4). Enfin, elle doit s'assurer des capacités de compréhension du patient avant l'opération, car il est nécessaire de déterminer s'il pourra être observant sur le long cours vis-à-vis des recommandations de suivi post-opératoire (6).

II.B Le médecin généraliste et l'évaluation préopératoire

En Belgique, peu de centres impliquent activement le MG alors que sa participation à l'évaluation préopératoire est pertinente. En effet, il connaît le contexte médical, psychologique et socio-économique du patient, l'histoire de son obésité, ses ressources et ses capacités à respecter les modalités du suivi à long terme (1). Le KCE propose que les critères légaux actuels de remboursement soient maintenus et plus strictement respectés, mais également que des conditions supplémentaires soient ajoutées. Entre autres, la CM doit obligatoirement se dérouler, pour chaque patient, en présence des professionnels concernés. En plus du chirurgien bariatrique, de l'interniste et du psychologue ou psychiatre, la participation d'un diététicien du centre est également recommandée. Enfin, le MG du patient doit être consulté au sujet des antécédents, de sa situation socio-économique et de ses capacités à respecter les modalités du suivi à long terme (1).

Dans la littérature, certains articles font très brièvement mention du rôle du MG dans la CM préopératoire. Aux Etats-Unis : « *Une équipe multidisciplinaire qui comprend un médecin généraliste, un nutritionniste, un médecin spécialiste de l'obésité, un psychologue/psychiatre, une infirmière spécialisée et un chirurgien qualifié, offre des évaluations et un support complets aux patients candidats à la chirurgie bariatrique.* » et « *les individus candidats à la chirurgie bariatrique devraient être évalués par un spécialiste de l'obésité, leur médecin généraliste et/ou un spécialiste additionnel (...) pour s'assurer qu'ils puissent tolérer et sont optimisés à la chirurgie proposée* » (4). En Suisse : « *L'inclusion dans l'itinéraire préopératoire implique la vérification préalable de critères asséurologiques nécessaires, l'exclusion des contre-indications psychosomatiques, l'appréciation du contexte psychosocial et l'analyse des comorbidités somatiques. Cette étape préliminaire peut être effectuée par le médecin de famille (qui, à sa convenance, peut déléguer au spécialiste)* » (8). En France : « *La prise en charge des patients en vue d'une intervention de chirurgie bariatrique doit être réalisée au sein d'équipes pluridisciplinaires, en liaison avec le médecin traitant (...).* » et « *il est également souhaitable de demander l'avis du médecin traitant du patient* » (11).

III. Méthodologie

Ce travail de fin d'études a pour objectif de caractériser la collaboration entre les médecins généralistes et l'équipe de CM de chirurgie bariatrique lors de l'évaluation préopératoire, en donnant une définition à cette collaboration ainsi qu'en précisant le rôle du MG, et de déterminer les modalités pratiques permettant sa réalisation. La question de recherche est : **« Comment organiser la collaboration entre les médecins généralistes et l'équipe de concertation multidisciplinaire de chirurgie bariatrique lors de l'évaluation préopératoire à Bruxelles ? »** La méthodologie choisie pour répondre à la question de recherche est la méthode Delphi par consensus d'experts. Cette méthode m'a été suggérée par le Dr Cornelis, membre du centre académique de médecine générale (CAMG), lors d'une séance de supervision.

III.A Démarche générale

L'étude de la littérature a été réalisée en 3 temps : mise au point de la question de recherche, étude de la méthodologie et élaboration du questionnaire initial. Une étude de la littérature a premièrement été menée sur l'évaluation psychiatrique et psychosociale préopératoire, puis plus précisément sur le rôle du MG dans la CM préopératoire. Concernant la méthodologie, j'ai lu des articles concernant la méthode Delphi afin de mieux la comprendre et pouvoir l'appliquer à ma question de recherche. Ensuite, j'ai mené une dernière recherche afin de dégager les caractéristiques générales des collaborations entre MG et spécialistes, et des CM en chirurgie bariatrique. Cette dernière recherche avait pour but d'aider à l'élaboration et à la structure du questionnaire initial. Enfin, j'ai assisté à une CM préopératoire aux Cliniques Universitaires Saint-Luc le 31 mai 2022, ce qui m'a permis de me faire une idée plus précise du déroulement de l'évaluation préopératoire en pratique. Je me suis également rendue à un symposium sur l'obésité présenté à la Clinique Saint-Jean, le 24 novembre 2022, pour approfondir mes connaissances et recruter des participants intéressés par la thématique.

III.B Recherche de littérature

Ma première recherche de littérature a débuté le 8 janvier 2022 et s'est achevée le 6 octobre 2022. Les bases de données consultées étaient UpToDate, PubMed, Embase, TRIP Database et PsycINFO. Les bases de données Cochrane, Prescrire et EBPracticeNet ont été interrogées, mais aucun article n'a été retenu sur base du titre ou de la lecture de l'abstract. Les MeSH terms suivants ont été utilisés : *bariatric surgery, general practitioner, preoperative evaluation, preoperative care, psychologic assessment, multidisciplinary team, mental disorder*. J'ai également eu recours aux moteurs de recherche *Google* et *Google Scholar*. Les mots clés suivants ont été recherchés : *chirurgie bariatrique, médecin généraliste, trajet préopératoire, psychiatrique*. Seuls les articles dont le texte était entièrement disponible et rédigé en français et en anglais ont été sélectionnés. Enfin, un filtre de 10 ans a également été appliqué pour toutes les bases de données. Un diagramme de flux et un tableau des équations de recherche de la 1^{ère} recherche de littérature sont disponibles en annexe. [Annexe 3] Le site *MG TFE*³ a été consulté afin de prendre connaissance des travaux de fin d'études (TFE) traitant d'un sujet similaire, et leur bibliographie a été analysée (13,14). Cette recherche a été complétée par de la littérature scientifique provenant de sites institutionnels comme celui de la Haute Autorité de Santé (HAS) en France et du KCE, ainsi que d'autres revues telles que la Revue Médicale Suisse. J'ai également consulté des articles dans la bibliographie des articles et TFE sélectionnés pour constituer ma propre bibliographie.

Concernant la deuxième recherche sur la méthode Delphi, le site officiel *SPIRAL*⁴ de l'Université de Liège a été consulté pour me faire une première idée de la méthodologie. Ensuite, l'article référencé dans le guide de rédaction du site *MG TFE* ainsi que plusieurs articles proposés par le Dr Cornelis lors de séances de supervision m'ont permis d'approfondir mes connaissances sur cette méthode (16–18). Enfin, je me suis intéressée à 3 TFE ayant utilisé la méthode Delphi, afin de m'aider à structurer mon travail et à mieux appréhender la mise en pratique de cette méthode (19–21).

Concernant la troisième recherche pour l'élaboration du questionnaire initial, celle-ci a débuté le 28 octobre 2022 et s'est achevée le 18 novembre 2022. Les moteurs de recherche *Google*

³ Site internet dédié aux travaux de fin d'études en médecine générale (12).

⁴ « Centre de recherche interdisciplinaire sur le risque et la gouvernance, les interactions entre science, technologie et société, l'administration et les politiques publiques, écologies et sociétés, et les développements méthodologiques qualitatifs » (15).

et *Google Scholar* ont été utilisés, avec les mots clés suivants : *concertation multidisciplinaire, chirurgie bariatrique, collaboration, médecins généralistes, concertation oncologique multidisciplinaire, collaborer.*

III.C Méthode Delphi

Choix de la méthode

Les méthodes de consensus, dont fait partie la méthode Delphi, sont utilisées lorsque l'information publiée est insuffisante ou contradictoire (16,22). La méthode Delphi m'a paru intéressante pour investiguer ma question de recherche car, d'après ma recherche de littérature, il n'existe pas ou peu de recommandations détaillées concernant l'organisation de la collaboration entre les MG et l'équipe de CM lors de l'évaluation préopératoire de chirurgie bariatrique. De plus, il m'a semblé pertinent de recueillir et de confronter l'opinion des professionnels de la santé directement impliqués, ce que permet l'utilisation de cette méthode.

Généralités

La méthode Delphi a été développée après la seconde guerre mondiale par la Fondation RAND (16,22). Elle vise à faire évoluer démocratiquement et dans la mesure du possible, l'opinion des membres d'un groupe de travail sur un sujet ciblé vers un consensus de groupe, grâce à un processus structuré de communication (15,16). Les méthodes de consensus sont basées sur une approche qualitative mais produisent également des estimations quantitatives (16,17,22). Malgré qu'elles soient fréquemment appliquées, on observe un manque de standardisation dans la définition, la méthodologie et le rapport des résultats (22).

Cette procédure est itérative et interactive car elle se réalise en plusieurs étapes et permet de réadapter sa réponse en fonction de celle des autres participants. Elle se déroule au moyen de questionnaires structurés et auto-administrés, distribués séparément aux participants lors de plusieurs tours, généralement 2 à 4 (16). Dans la méthode Delphi, les participants sont appelés experts et répondent à certains critères de sélection. De fait, le groupe d'experts doit idéalement être représentatif des connaissances et des perceptions actuelles, avoir de l'expérience dans le sujet ciblé, être intéressé par le sujet et être disposé à réviser ses jugements initiaux afin de parvenir à un consensus (16,18).

Déroulement

Le 1^{er} tour est ouvert et exploratoire. La réalisation du questionnaire initial est basée sur l'opinion des participants, de l'organisateur, ou encore à partir d'une recherche de la littérature. Le questionnaire comprend classiquement des échelles de Likert⁵ qui permettent d'évaluer le degré d'accord individuel de l'expert avec chaque proposition. L'organisateur analyse et synthétise ensuite les réponses et commentaires émis lors du 1^{er} tour, et les inclut dans une nouvelle version du questionnaire. A chaque tour, chacun reçoit les résultats du questionnaire précédent, ainsi qu'un rappel de ses propres réponses. Il peut alors réévaluer son degré d'accord avec chaque proposition et les confronter aux réponses des autres membres du groupe. La procédure Delphi est interrompue lorsqu'une convergence d'opinions, appelée le consensus, est atteinte ou lors d'une stabilité des réponses entre 2 tours (16,22).

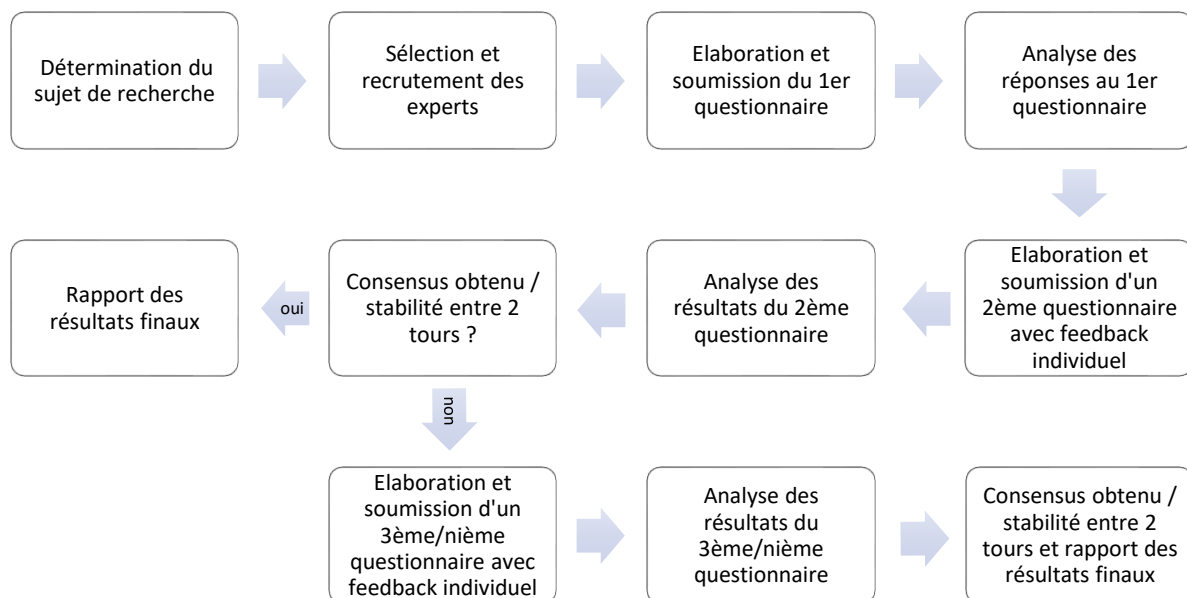


Figure 1. Etapes de la méthode Delphi

Avantages et inconvénients

Les avantages de cette méthode sont nombreux. Tout d'abord, l'anonymat (ou quasi-anonymat lorsque les identités du groupe sont connues mais pas les réponses individuelles) peut être respecté par l'envoi séparé des questionnaires. Ceci permet d'éviter les éventuelles prises de pouvoir qui pourraient apparaître au sein d'un groupe d'experts réunis dans un même lieu (15–17,22). Concernant ce travail, il est effectivement possible que la présence de

⁵ Echelles ordonnées de 1 à 9, où 1 représente l'accord le plus faible et 9 l'accord le plus élevé. L'utilisation de ces échelles a été proposée par la Fondation RAND (16,22).

certain participants influence les opinions du reste du groupe. Ensuite, l'utilisation de questionnaires électroniques n'engendre pas de coûts et évite d'éventuelles contraintes géographiques (16). Étant donné que les professionnels de la santé ont généralement des agendas très chargés, il était difficilement réalisable de trouver un créneau horaire qui convienne à tous les participants. Par ailleurs, si le groupe d'experts est bien représentatif, cette méthode offre une bonne acceptabilité des résultats. Enfin, la validation d'une proposition par un groupe augmente le niveau de preuve par rapport à l'avis d'un expert isolé (16). Ces avantages contribuent donc au choix de cette méthodologie pour mon travail.

La procédure Delphi présente toutefois certaines limites dont il faudra tenir compte. La convergence n'est pas forcément synonyme de cohérence ni de vérité, les experts peuvent très bien tous se tromper en même temps (15). Par ailleurs, les connaissances, décisions et recommandations qui en résultent correspondent à des opinions d'experts et ne peuvent dès lors être appliquées que si la confiance envers le jugement et l'expérience des experts est suffisante. Ces résultats doivent de plus être confrontés aux données disponibles (16). Enfin, cette procédure offre moins de possibilités de débat ou de discussion, ce qui peut être problématique en cas d'opinions très polarisées (16,17,22). Les méthodes de consensus doivent donc être menées avec précaution et rigueur (16).

III.D Déroulement de l'étude

Le nombre de tours dans la méthode Delphi varie généralement de 2 à 4 (16,22). Certains auteurs préconisent que le nombre de tours soit déterminé a priori, afin d'éviter un « faux consensus » où les participants se découragent et tendent vers un accord pour arrêter le processus. Il faut donc définir à l'avance les critères de fin de l'enquête (22). Dans ce travail, il a été décidé que le nombre de tours serait compris entre 2 et 4, l'enquête s'achevant au 4^{ème} tour, ou plus tôt en cas de consensus ou de stabilité des réponses entre 2 tours (16,22).

Sélection des experts

Pour appliquer correctement la procédure Delphi, il faut constituer un panel d'experts représentatif, c'est-à-dire incluant des personnes ayant des connaissances, de l'expérience et un intérêt pour le sujet ciblé (16). Dans cette procédure, le nombre de participants peut être très variable, et même aller jusqu'à plusieurs milliers. Généralement, le nombre d'experts

recommandé est de 15 (16,22). L'équilibre et la représentation des divers points de vue et expertises semblent plus importants que la constitution d'un panel de grande taille (22). Pour cette enquête, il a été défini comme objectif de sélectionner minimum 15, maximum 35 experts, afin d'assurer la représentativité du panel et la faisabilité de l'étude.

Pour cette étude, 2 populations distinctes ont été constituées avec, pour chacune, des critères de sélection différents. Concernant les MG, ils devaient avoir terminé leur formation de spécialisation, exercer à Bruxelles, avoir un intérêt pour la problématique et se sentir concernés par le sujet d'étude. Pour le 2^{ème} groupe, les professionnels de la santé concernés étaient les chirurgiens digestifs, les internistes, les nutritionnistes, les diététiciens, les psychologues, les psychiatres et autres membres de l'équipe de CM. Ils devaient participer régulièrement à la CM de chirurgie bariatrique lors de l'évaluation préopératoire, travailler en hôpital, exercer à Bruxelles et avoir un intérêt pour le sujet de l'étude. Pour ces 2 groupes d'experts, il était important de diversifier un maximum les profils en termes d'âge, de sexe, de profession et de type de pratique. Il était également intéressant d'inclure des hôpitaux reliés aux 3 facultés de médecine bruxelloises : l'UCL, l'ULB et la VUB.

Recrutement des experts

Le recrutement des experts a débuté le 14 octobre 2022 et s'est effectué par contact téléphonique et par courriel. Un courriel a été rédigé pour tous les participants potentiels, reprenant le titre du TFE, les objectifs de la recherche, les modalités de l'enquête, une explication sur la méthode Delphi, ainsi qu'une invitation à participer à l'étude [Annexe 4].

Concernant les MG, un courriel a été envoyé à des contacts qui m'ont été recommandés par les Dr Gillet et Cornelis. Les animatrices de mon séminaire loco-régional, les Dr Gosuin et Fettweis, m'ont également aidée à relayer l'invitation de participation à l'étude par courriel. Enfin, j'ai eu l'occasion de rencontrer des MG intéressés par cette thématique lors du symposium de l'obésité qui s'est déroulé le 24 novembre 2022 à la Clinique Saint-Jean. Concernant les professionnels de la santé hospitaliers, des courriels ont été envoyés aux coordinateurs et participants de la CM des hôpitaux bruxellois Saint-Luc, Saint-Michel, Brugmann (Paul Brien), Saint-Jean, Erasme et UZ Brussel. Ces courriels ont ensuite été relayés à des collègues au sein de l'équipe et d'un autre hôpital, Saint-Pierre.

Elaboration du questionnaire initial

L'élaboration du questionnaire initial s'est principalement appuyée sur la recherche de littérature, tant pour le contenu que pour la structure. Les recommandations du KCE, ainsi que plusieurs articles sur la collaboration entre MG et spécialistes, et sur les CM en chirurgie bariatrique, ont permis d'élaborer les items et la construction de la définition de la collaboration (1,9,10,19–21,23–27). D'autres items ont été intégrés sur base de réflexions personnelles. Ce 1^{er} questionnaire est disponible en annexe [Annexe 8].

Le questionnaire a été élaboré via l'outil *Google Forms*. Il était rédigé en français et a récolté des réponses en français et néerlandais. Il était accompagné d'un rappel de la question de recherche, d'un résumé très succinct de l'état de connaissance dans la littérature scientifique, de l'objectif de l'étude et d'une explication sur le questionnaire. Il était divisé en 3 parties et débutait par un sondage préliminaire afin de récolter des données sociodémographiques : le type de profession des experts interrogés, le nombre d'années de pratique, le type de pratique des MG, la fréquence et les modalités de participation des MG aux CM préopératoires de chirurgie bariatrique. Ensuite, la 2^{ème} partie avait pour but de déterminer les caractéristiques de la collaboration par le biais de 2 sous-parties : définir la collaboration et définir le rôle du MG dans la collaboration. Enfin, la 3^{ème} partie avait pour but de définir les modalités pratiques de la collaboration.

Le 1^{er} questionnaire comprenait des échelles de Likert, afin d'évaluer le consensus, et des questions ouvertes (QO), afin d'explorer certains aspects de la collaboration plus en profondeur. Il comprenait également des questions à choix multiples (QCM) et questions à réponses multiples (QRM) afin d'évaluer plus adéquatement une large variété de propositions. De plus, le 1^{er} tour étant ouvert et exploratoire, une QO à la fin de chaque série d'échelles de Likert invitait les experts à laisser des commentaires, à reformuler des items ou à proposer de nouveaux items afin de permettre l'émergence de nouvelles idées.

Le questionnaire a été soumis au Dr Gillet et au Dr Cornelis, qui m'ont aidée à structurer et reformuler certains items. Il a ensuite été testé par un MG, un diététicien et une psychologue du cabinet, afin de vérifier que les consignes et les formulations soient aisément compréhensibles.

Premier tour

Le 1^{er} questionnaire a été soumis individuellement par courriel aux experts le 1^{er} décembre 2022. Celui-ci comprenait un rappel de la question de recherche et de l'objectif, une explication plus détaillée sur la méthode Delphi, une explication sur la structure du questionnaire, les délais de réponses demandés ainsi que le lien vers le questionnaire [Annexe 5]. Les questionnaires devaient être complétés pour le 15 décembre au plus tard. Un email de rappel était envoyé après 10 jours en absence de réponse. Le questionnaire a finalement été accessible jusqu'au 16 décembre, sur demande d'un expert.

Analyse des résultats du premier tour

Les résultats ont été traités selon 2 types d'analyse. L'analyse quantitative a intéressé les échelles de Likert et l'analyse qualitative a intéressé les QO. Les données quantitatives relatives aux échelles de Likert ont été directement exportées vers le tableur *Google Sheets* pour faciliter leur analyse. Les résultats des QCM, QRM et QO ont été exploités pour établir de nouvelles propositions lors du 2^{ème} tour.

Analyse quantitative

On observe un manque d'homogénéité dans la méthodologie employée pour l'analyse des résultats issus des méthodes de consensus, c'est pourquoi il est essentiel de décrire les étapes et procédures de l'étude avec précision (22). La démarche d'analyse quantitative appliquée à cette étude a été construite sur base d'une analyse en profondeur des divers articles et TFE décrivant la méthode Delphi (15–22).

Certains auteurs considèrent que la définition du consensus est l'un des critères les plus sensibles, et doit donc être déterminée avant que l'étude ne commence (22). La mesure du consensus comporte d'une part l'évaluation du degré d'accord individuel de l'expert pour chaque proposition, mesuré grâce aux échelles de Likert, et d'autre part l'évaluation de l'accord global entre les participants, mesuré typiquement par des indicateurs statistiques de tendance centrale et de dispersion (16,18).

Afin d'assurer la validité des résultats, l'analyse quantitative des échelles de Likert a été établie sur base de 3 équations statistiques. Les notions de tendance centrale et de dispersion ont été reprises de la méthode de la fondation RAND (16). A cela, la notion de degré de convergence a été ajoutée afin de renforcer les critères de validité d'une proposition (16,22).

Ces 3 indicateurs statistiques ont été déterminés avant la soumission des questionnaires :

1. Calcul de la médiane (= tendance centrale ou accord global)

Médiane ≤ 3 : proposition inappropriée

Médiane [4 ;6] : proposition équivoque

Médiane ≥ 7 : proposition appropriée

2. Désaccord (= dispersion)

$\geq 30\%$ des valeurs comprises entre 1 et 3 ET $\geq 30\%$ des valeurs comprises entre 7 et 9

3. Accord fort (= degré de convergence ou proportion minimale d'accord global)

$\geq 70\%$ des valeurs comprises dans l'intervalle de la médiane

L'analyse quantitative de cette étude s'est déroulée par étapes. La médiane était calculée en premier. Les propositions ayant obtenu une médiane comprise entre 4 et 6 étaient directement envoyées au tour suivant après reformulation. Le désaccord était ensuite calculé pour les propositions ayant obtenu une valeur de la médiane ≤ 3 ou ≥ 7 . En absence de désaccord pour ces propositions, l'accord fort était finalement calculé. Pour terminer, les commentaires des QO relatives aux échelles de Likert étaient analysés pour toutes les propositions. Toute proposition comportant des commentaires en opposition à l'avis du groupe ou suggérant une reformulation ou précision, était reformulée au tour suivant. Pour simplifier, ces commentaires sont regroupés sous l'appellation « commentaires contraires ».

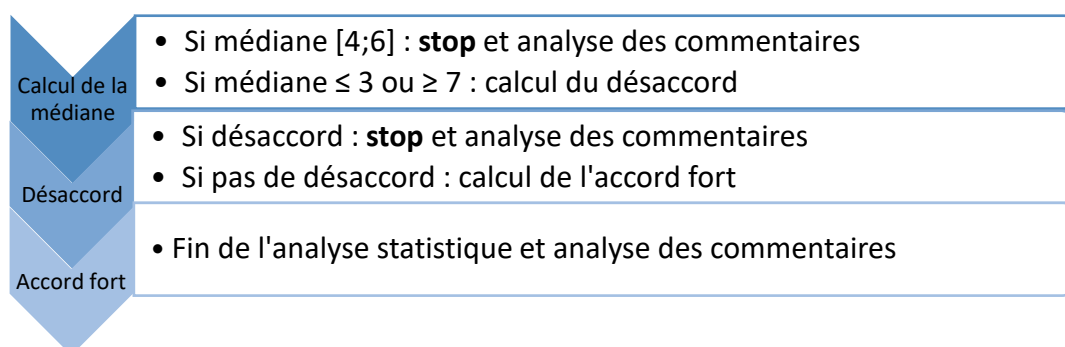


Figure 2. Etapes de l'analyse quantitative selon les 3 indicateurs statistiques

Dans ce travail, le consensus a été défini comme : **médiane ≥ 7 + PAS de désaccord + accord fort**. La proposition était validée en cas de consensus strict, c'est-à-dire s'il y avait consensus en absence de commentaires contraires.

A la fin du 1^{er} tour, les propositions étaient classées comme suit :

- **Proposition exclue** : proposition inappropriée sans désaccord, avec accord fort et sans commentaire contraire.
- **Proposition à reformuler** : proposition inappropriée avec commentaire contraire, proposition équivoque, proposition appropriée non consensuelle ou proposition consensuelle avec commentaires contraires.
- **Proposition validée** : proposition consensuelle stricte.

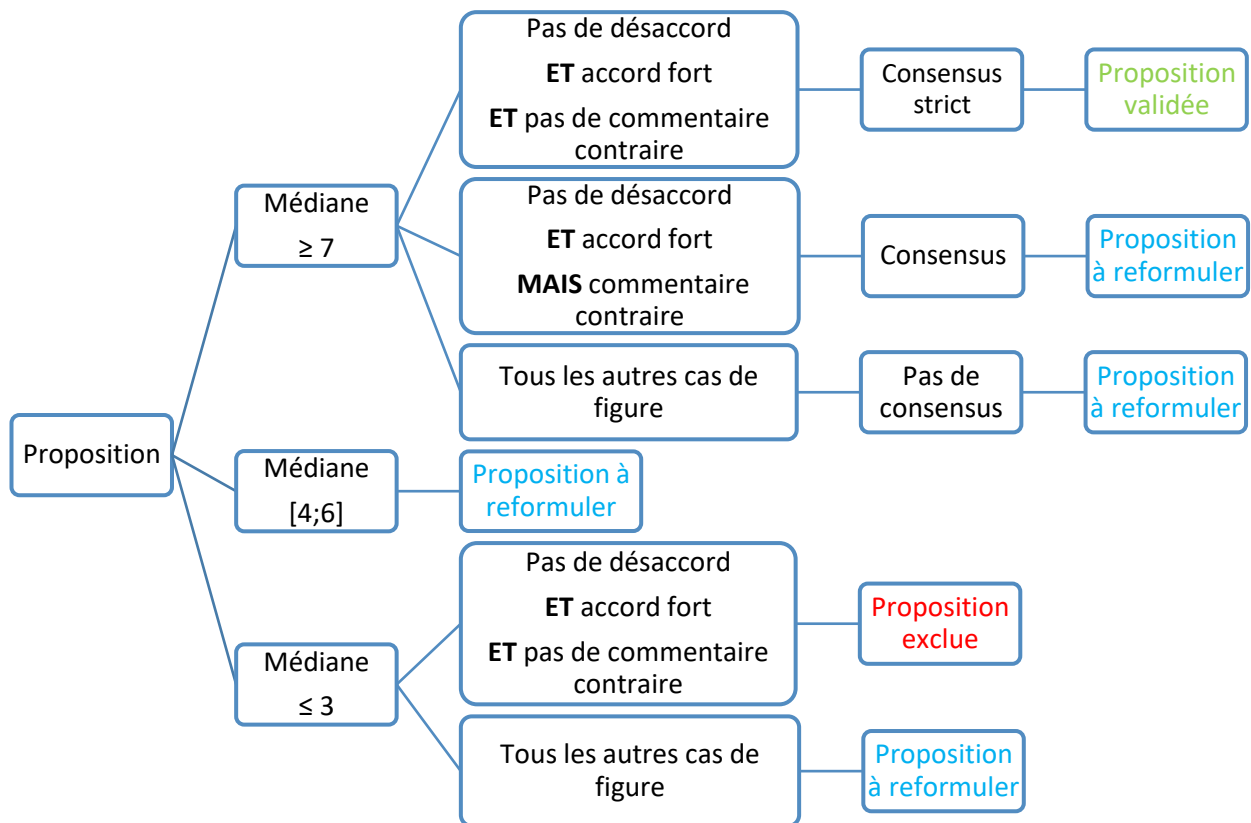


Figure 3. Organigramme décisionnel de classification des propositions

Une démonstration de la démarche d'analyse quantitative appliquée à une proposition est disponible en annexe [Annexe 17].

Analyse qualitative

La méthode Delphi s'appuie sur l'analyse qualitative des QO relatives aux échelles de Likert pour permettre la reformulation et l'émergence de propositions pour les tours suivants. Ce procédé permet une interaction indirecte entre les experts, habituellement absente dans les questionnaires dits « fermés », sans recueil de commentaires. L'analyse qualitative a également intéressé des QO explorant certaines thématiques plus en profondeur.

L'analyse qualitative s'est réalisée selon une approche inductive générale. La stratégie principale de ce type d'analyse s'appuie sur la lecture détaillée des données brutes pour ensuite les classer et les regrouper par similarité, et enfin faire émerger des catégories. Une catégorie est une brève expression permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers la lecture conceptuelle du matériau de recherche. Cette analyse se déroule classiquement en 4 étapes : préparer les données brutes dans un format commun, procéder à une lecture attentive et approfondie, procéder à l'identification et à la description des premières catégories, poursuivre la révision et le raffinement des catégories (28).

Elaboration du deuxième questionnaire

L'élaboration du 2^{ème} questionnaire s'est appuyée sur les résultats de l'analyse des réponses au 1^{er} tour. De nouvelles propositions sous forme d'échelles de Likert ont émergé sur base des commentaires mais également de l'analyse des QO, des QCM et QRM. Seuls les items de la QRM ayant obtenu $\geq 70\%$ des votes ont été retenus, ainsi que les items des QCM ayant obtenu $\geq 50\%$ des votes, sur base arbitraire. Ensuite, 3 des 5 QO ont fait l'objet d'une reformulation sur base des idées clés, et 1 nouvelle QO a émergé des commentaires concernant une modalité de communication qu'il était intéressant d'explorer. Enfin, après analyse des résultats du 1^{er} tour, un objectif secondaire de cette étude a émergé : l'élaboration d'une fiche de liaison destinée aux MG. L'idée d'une fiche de liaison et son contenu ont été inspirés par la littérature (26,27). Le 2^{ème} questionnaire était ouvert [Annexe 9].

Deuxième tour

Le 2^{ème} questionnaire a été soumis individuellement aux experts par courriel le 1^{er} janvier 2023 [Annexe 6]. Celui-ci était similaire au 1^{er} mais comprenait en plus une synthèse des résultats du 1^{er} tour et, en pièce jointe, une synthèse des résultats de l'analyse quantitative du 1^{er} tour et un rappel des réponses de l'expert. Un exemple de feedback est disponible en annexe [Annexe 18]. Les délais de réponse étaient identiques au 1^{er} tour.

Analyse des résultats du deuxième tour

Les résultats du 2^{ème} tour ont été analysés suivant la même méthode que lors du 1^{er} tour.

Elaboration du troisième questionnaire

Après analyse du 2^{ème} questionnaire, il a été décidé de réaliser un 3^{ème} et dernier tour. Un nouveau tour était nécessaire afin de resoumettre les quelques items non consensuels stricts

du tour précédent. Toutefois, un 4^{ème} tour était superflu étant donné qu'aucun expert n'avait émis de nouvelle proposition. Ce 3^{ème} questionnaire était donc volontairement fermé, c'est-à-dire sans recueil des commentaires [Annexe 10]. Pour les items non consensuels sans commentaires contraires, une nouvelle formulation a été proposée sur base de l'analyse des résultats des 2 tours précédents. Une thématique soulevée par des experts a fait l'objet d'une question de réflexion, soumise sous forme de QO.

Troisième tour

Le 3^{ème} questionnaire a été soumis aux experts le 1^{er} février 2023. Le contenu du courriel d'invitation et les délais de réponse étaient similaires au 2^{ème} tour [Annexe 7]. Sur demande d'un expert, le questionnaire est finalement resté disponible jusqu'au 20 février.

Analyse des résultats du troisième tour

Les résultats du 3^{ème} tour ont été analysés suivant la même méthode que les deux tours précédents. Toutefois, afin de conclure les propositions non consensuelles restées en suspens, la notion de stabilité entre deux tours a été ajoutée comme critère d'analyse supplémentaire. Si la médiane était ≥ 7 sur deux tours successifs, la proposition était validée. Si la médiane était < 7 sur deux tours successifs, la proposition était exclue (21). Dans les autres cas de figure, la proposition était ambiguë.

III.E Anonymisation des données et comité d'éthique

Afin de respecter la confidentialité des participants, aucune donnée personnelle telle que nom, prénom, adresse électronique, etc. n'est reprise dans ce travail. Un code (E01 – E24) a été attribué à chaque expert afin de retranscrire les réponses de manière complètement anonyme. Entre les participants, il s'agit plutôt de quasi-anonymat, car certains experts travaillant dans les mêmes équipes hospitalières étaient au courant de la participation de leurs collègues à l'étude. Toutefois, les questionnaires en ligne ont été envoyés de manière individuelle aux participants et leurs réponses étaient inconnues des autres.

En date du 18 octobre 2022, les membres du Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG) ont décidé à l'unanimité que le projet de ce TFE ne nécessitait pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique hospitalo-facultaire de l'UCL [Annexe 1].

IV. Résultats

IV.A Premier tour

Panel d'experts

Au total, 24 participants sur les 30 recrutés ont répondu au questionnaire. La raison de non-participation des 6 experts est inconnue. Ils ont été exclus du reste de l'étude. Pour les 3 nutritionnistes de l'équipe hospitalière qui étaient également MG, il leur a été demandé de répondre au questionnaire en tant que membre de la CM. Ils ne sont pas repris dans le panel des MG.

Tableau 1 : nombre et pourcentage d'experts représentés par profession

Profession	Nombre	Pourcentage (%)
Médecin généraliste	8	33,3%
Chirurgien	5	20,8%
Endocrinologue	5	20,8%
Nutritionniste	3	12,5%
Diététicien	2	8,3%
Psychologue	1	4,2%

Parmi les 24 experts, il y avait 13 femmes et 11 hommes.

Les hôpitaux représentés étaient Saint-Luc, Saint-Michel, Saint-Jean, Saint-Pierre et l'UZ Brussel. Aucune réponse n'a été obtenue auprès des hôpitaux Erasme et Brugmann (Paul Brien).

En termes d'années de pratique, 8 experts comptaient ≤ 5 ans de carrière (33,3%), 5 en comptaient 6 à 9 (20,8%), 7 en comptaient 10 à 19 (29,2%), 3 en comptaient 20 à 29 (12,5%), et 1 en comptait ≥ 40 (4,2%).

Concernant les MG, 4 travaillaient en pratique groupée au forfait (50%), 3 en pratique groupée à l'acte (37,5%) et 1 était pensionné depuis 1 mois, ex-pratique en solo (12,5%).

Tableau 2 : réponses aux QCM et QRM concernant la fréquence et les modalités de participation des médecins généralistes à l'évaluation préopératoire, partie sondage

Avez-vous déjà été invités (pour les MG) ou avez-vous déjà invité un MG (pour l'équipe de CM), à remettre un avis concernant un patient candidat à la chirurgie bariatrique, lors de l'évaluation préopératoire ?	Nombre de votes/24	Pourcentage %
Jamais	10	45,8%
Rarement	11	50%
Parfois	1	4,2%
Toujours	0	0%
De quelle manière cet avis a-t-il été transmis ?	Nbre de votes/14	%
Avis par échange téléphonique	11	78,6%
Avis par écrit	5	35,7%
Participation en présentiel à la CM	0	0%
Participation par visioconférence à la CM	0	0%
Autre : - « Jamais »	1	7,1%

Analyse quantitative

Partie 1 : caractériser la collaboration

1.A Définir la collaboration

Cette sous-section comportait 1 échelle de Likert et 1 QO invitant à laisser des commentaires ou suggestion de reformulation concernant la définition de la collaboration.

Légende des tableaux 3 - 8

M : médiane

D : désaccord (≥30% des scores entre 1 et 3 ET ≥30% des scores entre 7 et 9)

AF : accord fort (≥70% dans l'intervalle de la médiane)

C : consensus (médiane ≥ 7 ET pas de désaccord ET accord fort)

CC : commentaires contraires

CCL : conclusion

Tableau 3 : synthèse des résultats du 1er tour, partie 1.A

Proposition	M	D	AF	C	CC	CCL 1^{er} tour
1. Dans ce travail, la collaboration entre les médecins généralistes et l'équipe de CM de chirurgie bariatrique lors de l'évaluation préopératoire est définie comme : « Le travail en commun, autour d'un même patient, par le dialogue et l'échange d'informations entre professionnels de la santé issus de disciplines diverses, en veillant à la reconnaissance des compétences de chacun et au respect du secret professionnel partagé, afin de proposer une stratégie thérapeutique optimale et conforme au cadre légal pour chaque patient. »	8	NON (4,17% ; 87,5%)	OUI (87,5%)	OUI	OUI	Proposition à reformuler

1.B Définir le rôle du médecin généraliste dans la collaboration

Cette sous-section comportait 6 échelles de Likert et 1 QO invitant à laisser des commentaires, suggestion de reformulation et nouvelles propositions. Elle comportait aussi 1 QRM et 2 QO.

Tableau 4 : synthèse des résultats du 1er tour, partie 1.B

Proposition	M	D	AF	C	CC	CCL 1 ^{er} tour
1. La collaboration avec le MG doit se faire de manière systématique et pour chaque patient lors de l'évaluation préopératoire de chirurgie bariatrique (si le patient a un médecin traitant).	8	NON (8,33% ; 79,17%)	OUI (79,17%)	OUI	OUI	Proposition à reformuler
2. Seul le MG en charge du Dossier Médical Global (DMG) du patient peut rendre un avis lors de l'évaluation préopératoire.	5	/	/	NON	OUI	Proposition à reformuler
3. Il faudrait définir une fréquence minimale de suivi du patient en médecine générale pour que l'avis du généraliste puisse être sollicité.	6	/	/	NON	OUI	Proposition à reformuler
4. Il est nécessaire que chaque patient candidat à la chirurgie bariatrique soit suivi par un MG.	9	NON (8,33% ; 70,83%)	OUI (70,83%)	OUI	NON	Proposition validée
5. L'avis rendu par le MG sur l'opération envisagée doit être non-contraignant.	7	NON (4,17% ; 62,5%)	NON (62,5%)	NON	OUI	Proposition à reformuler
6. Le MG doit être informé de la décision prise à l'issue de la concertation multidisciplinaire de chirurgie bariatrie.	9	NON (4,17% ; 95,83%)	OUI (95,83%)	OUI	NON	Proposition validée

Partie 2 : définir les modalités pratiques de la collaboration

Cette section comportait 7 échelles de Likert et 1 QO invitant à laisser des commentaires, suggestions de reformulation et nouvelles propositions. Elle comportait aussi 2 QCM et 3 QO.

Tableau 5 : synthèse des résultats du 1er tour, partie 2

Proposition	M	D	AF	C	CC	CCL 1 ^{er} tour
1. La participation du MG à l'évaluation préopératoire de chirurgie bariatrique devrait idéalement se faire par sa présence physique aux concertations multidisciplinaires.	3	NON (62,5% ; 12,5%)	NON (62,5%)	NON	OUI	Proposition à reformuler
2. La participation du MG à l'évaluation préopératoire de chirurgie bariatrique devrait idéalement se faire par visioconférence, durant la concertation multidisciplinaire.	5	/	/	NON	OUI	Proposition à reformuler

3. La participation du MG à l'évaluation préopératoire de chirurgie bariatrique devrait idéalement se faire par l'intermédiaire d'un avis rendu par écrit (par ex. via une fiche de liaison standardisée et reproductible).	7	NON (4,17% ; 62,5%)	NON (62,5%)	NON	OUI	Proposition à reformuler
4. La participation du MG à l'évaluation préopératoire de chirurgie bariatrique devrait idéalement se faire par l'intermédiaire d'un échange téléphonique avec un des membres de l'équipe de concertation multidisciplinaire.	7	NON (20,83% ; 58,33%)	NON (58,33 %)	NON	OUI	Proposition à reformuler
5. Les informations sur le patient apportées par le médecin traitant lors de l'évaluation préopératoire devraient être standardisées (items prédéfinis).	7	NON (8,33 ; 70,83%)	OUI (70,83 %)	OUI	OUI	Proposition à reformuler
6. Une trace écrite de l'avis rendu par le médecin traitant lors de l'évaluation préopératoire doit figurer dans le dossier médical du patient.	9	NON (4,17% ; 91,17%)	OUI (91,17 %)	OUI	NON	Proposition validée
7. Il faudrait prévoir une rémunération (par ex. via un code de nomenclature) pour le temps consacré par les MG à l'évaluation préopératoire.	9	NON (8,33% ; 79,17%)	OUI (79,17 %)	OUI	OUI	Proposition à reformuler

Une partie des résultats des QCM et QRM n'est pas exposée dans cette section car leur objectif était la formulation de nouvelles propositions sous forme d'échelles de Likert, dont les résultats sont exposés plus loin. Toutes les réponses aux QCM et QRM illustrées sous forme de graphiques et tableaux sont disponibles en annexe [Annexe 11].

Analyse qualitative

2 QO du 1^{er} tour ont fait l'objet d'une analyse qualitative par analyse inductive générale.

Partie 2 : définir les modalités pratiques de la collaboration

A. « D'après vous, quels sont les obstacles potentiels à la collaboration entre les MG et l'équipe de CM de chirurgie bariatrique lors de l'évaluation préopératoire ? »

Les obstacles mentionnés par les experts ont été classés en 4 catégories après analyse.

1. Un métier en pénurie

Un obstacle majeur à la collaboration est la pénurie des MG, en grande partie responsable de toute une série de freins. Premièrement, certains patients peinent à trouver des MG disponibles. Ensuite, la demande en médecine générale (MG) est telle que la surcharge de travail, notamment administrative, ne facilite pas la collaboration. Enfin, la participation du MG à l'évaluation préopératoire constitue une charge de travail supplémentaire actuellement non rémunérée, ce qui constitue un frein additionnel.

E11 : « *La pénurie vécue en médecine générale est probablement le frein majeur. D'elle va découler beaucoup d'autres obstacles comme le temps de préparation, la charge administrative et l'agenda.* »

2. Un capharnaüm spatiotemporel

La collaboration entre les MG et une équipe hospitalière demande de l'organisation. Au niveau spatio-temporel, il est difficile de réunir autour d'une même table l'équipe de CM et les MG car les horaires ne sont généralement pas compatibles et que les lieux de travail sont parfois très éloignés. La transmission d'informations est parfois compromise ou ralentie pour ces mêmes raisons. L'absence d'une structure claire ou d'un coordinateur fixe qui permettrait une meilleure circulation de l'information sont également pointés du doigt.

E03 : « *Le délai pour la communication entre médecin G et la CM, une collaboration qui n'a pas lieu dans la même institution (...). Si pas de coordinateurs, communication compliquée.* »

3. Une affaire complexe et spécialisée

La prise en charge bariatrique est complexe et est principalement assurée par des professionnels de la santé formés et spécialisés. Dès lors, la méconnaissance de certains MG ainsi que leurs préjugés sur la chirurgie bariatrique sont décrits comme des freins à la

collaboration. De plus, le manque d'intérêt, de motivation et d'implication de certains MG dans le projet chirurgical du patient sont également soulignés. Inversement, certains déplorent le manque de reconnaissance des compétences du MG par l'équipe spécialisée. Par ailleurs, le MG peut être perçu comme un frein à part entière, car il y a la crainte qu'un avis défavorable de sa part puisse remettre en question la décision opératoire. Enfin, la fonction du MG dans cette prise en charge spécialisée est actuellement très imprécise.

E10 : « (...) La prise en charge bariatrique n'est pas aussi simple qu'elle n'y paraît. Beaucoup de questions sur les techniques utilisées, les répercussions psychologiques, les adaptations et conseils nutritionnels, les adaptations médicamenteuses, ... sont gérées au quotidien par les acteurs des équipes actuelles. Quid du MT dans ces prises en charges actuellement "spécialisée" ? A définir !!! »

E13 : « Il existe parfois un manque de reconnaissance de l'expertise du MG mais aussi la peur qu'une information communiquée par le MG vienne remettre en question la prise en charge décidée. »

4. Une question de point de vue

Paradoxalement, certains estiment qu'il n'y a pas d'obstacles à partir du moment où chacun œuvre dans l'intérêt du patient. Le plus important est d'établir et d'entretenir une bonne communication entre le MG et l'équipe de chirurgie bariatrique.

E04 : « Il ne devrait pas y avoir d'obstacle à partir du moment où chacun compte dans l'intérêt du patient et que le dialogue reste ouvert et important pour le patient de nous savoir informés, souvent nous apprenons après coup par le patient lui-même et nous ne sommes pas préparés à le voir avec son nouveau corps. »

B. « Concernant les obstacles que vous avez décrits, avez-vous des solutions à proposer ? »

Les solutions proposées ont été classées selon les 3 premières catégories précédentes.

1. Pallier la pénurie

Pour pallier la pénurie des MG, plusieurs pistes existent pour réhausser l'attractivité du métier et diminuer la surcharge de travail (aides administratives, aides à la gestion, réduction de la charge administrative, assistance à la pratique, etc.). Un renforcement de la dynamique de réseau entre 1^{ère} et 2^{ème} ligne permettrait également un gain de temps grâce à une orientation facilitée des patients. Enfin, une rémunération des MG par un code de nomenclature valoriserait le temps consacré à l'évaluation préopératoire.

E11 : « *Il existe de nombreuses pistes pour la pénurie en médecine générale : réduction de la charge administrative, nouveau mode de financement, subsidiarité, assistance à la pratique (infirmiers de pratique, assistant de pratique), aide administrative, aide à la gestion, augmentation du nombre de diplômés en médecine générale, etc. (...)* »

2. Harmoniser la collaboration

Pour mieux collaborer, il serait pertinent de développer le poste de coordinateur qui serait obligatoire dans chaque équipe de CM et donc reconnu et rémunéré par l'INAMI. Ce coordinateur serait la personne de référence pour le MG et permettrait de définir clairement le rôle et le champ d'action de chaque intervenant. Pour faciliter la transmission des informations, d'autres pistes ont été abordées telle que l'accès au dossier global hospitalier par les MG ou encore le développement d'outils de partage de données simples et pratiques. La visioconférence, l'échange de courriels et la fiche de liaison ont également été proposés pour éviter le déplacement nécessaire à la participation à la CM. Pour les MG, il semble important que les rapports spécialisés leur soient adressés dans les plus brefs délais.

E10 : « *Définir de manière précise les zones d'implications et d'actions de chaque intervenant y compris le MT. Le-la coordinateur-trice est une personne de référence dans le groupe. Il/Elle pourrait être le point d'entrée du MT. Ce rôle n'est pas reconnu par l'INAMI donc leur rémunération est fournie par les institutions elles-mêmes !* »

3. Démystifier la prise en charge bariatrique

Pour améliorer la collaboration entre les MG et l'équipe de CM de chirurgie bariatrique, une des premières solutions proposées est la rencontre. L'échange permet de mieux comprendre les besoins de chacun et donc d'y répondre. Ensuite, il est important que les MG entretiennent et développent leurs connaissances sur la chirurgie bariatrique. Participer à des formations durant l'assistantat, mener des recherches cliniques ou encore prendre part à des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) sont des solutions évoquées. Enfin, si un MG émet un avis défavorable sur la procédure envisagée, il est nécessaire d'ouvrir le dialogue afin d'entendre les raisons qui motivent sa position.

E02 : « *Formations sur la prise en charge de l'obésité dans le curriculum de médecine et médecine générale et via GLEM pour MG établis.* »

E13 : « *Se rencontrer entre MG et médecins spécialistes pour mieux se connaître. Oser aussi reparler du suivi post chirurgie bariatrique et des patients qui ont été opérés sans la concertation du MG et qui ne vont pas bien.* »

IV.B Deuxième tour

Le 2^{ème} questionnaire comportait 33 questions dont 11 propositions reformulées et 17 nouvelles propositions sous forme d'échelles de Likert et 1 sous forme de QO.

Panel d'experts

Au total, 21 participants sur 24 ont répondu au 2^{ème} questionnaire. Un des experts n'a pas répondu suite à une surcharge de travail, et un autre pour cause de maladie. La raison de non-participation du 3^{ème} expert est inconnue. Ces 3 experts ont été exclus de la suite de l'étude.

Analyse quantitative

Partie 1 : caractériser la collaboration

1.A Définir la collaboration

Cette sous-section comportait 1 échelle de Likert, 1 QCM et 1 QO invitant à laisser des commentaires concernant la définition de la collaboration.

Tableau 6 : synthèse des résultats du 2^{ème} tour, partie 1.A

Proposition	M	D	AF	C	CC	CCL 2 ^{ème} tour
1. « La concertation entre professionnels de la santé issus de disciplines diverses, autour d'un même patient considéré acteur de sa santé, par l'échange d'informations sur sa situation biopsychosociale, acquises notamment grâce à une relation de confiance et sur la durée. Cette concertation veille au respect du secret professionnel partagé et à la reconnaissance des compétences de chacun. Elle a pour objectif de proposer une prise en charge conservatrice et/ou thérapeutique optimale et conforme au cadre légal pour chaque patient. »	8	NON (4,76% ; 95,24%)	OUI (95,24%)	OUI	NON	Proposition validée

Les experts ont ensuite voté pour la définition jugée la plus adéquate entre celle du 1^{er} tour (bleu) et celle du 2^{ème} tour (rouge). 19 experts sur 21 ont voté pour la nouvelle définition, celle du 2^{ème} tour. Il n'y a pas eu de commentaires.

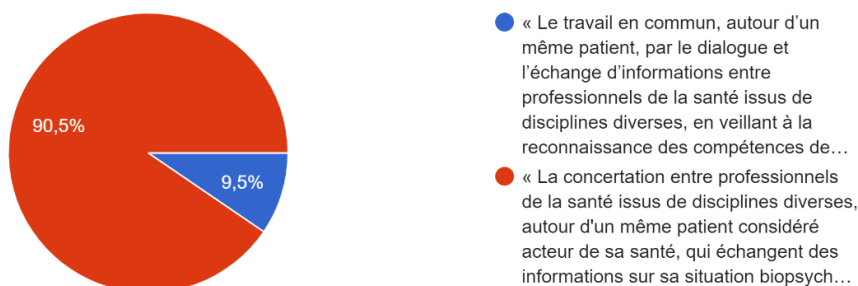


Figure 4. Pourcentage de votes concernant les définitions de la collaboration

1.B Définir le rôle du médecin généraliste dans la collaboration

Cette sous-section comportait 16 échelles de Likert et 1 QO pour la récolte des commentaires.

Tableau 7 : synthèse des résultats du 2ème tour, partie 1.B

Proposition	M	D	AF	C	CC	CCL 2 ^{ème} tour
1. Il est nécessaire de proposer de manière systématique et pour chaque patient, au moins un contact avec le MG lors de l'évaluation préopératoire (si le patient a un médecin traitant).	9	NON (0% ; 95,24%)	OUI (95,24%)	OUI	NON	Proposition validée
2. Il est préférable de demander l'avis du MG que le patient réfère spontanément comme étant son médecin traitant, qu'il soit en charge du DMG ou non.	8	NON (4,76% ; 76,19%)	OUI (76,19%)	OUI	OUI	Proposition à reformuler
3. Lorsque l'on sollicite l'avis du MG, il faut davantage prendre en compte sa connaissance générale du dossier du patient, plutôt que la fréquence de suivi du patient.	8	NON (4,76% ; 85,71%)	OUI (85,71%)	OUI	NON	Proposition validée
4. L'avis rendu par le MG sur l'opération envisagée doit être non-contraignant, mais les informations transmises et son opinion doivent être prises en compte au même titre que l'évaluation des membres de l'équipe de CM.	7	NON (9,52% ; 80,95%)	OUI (80,95%)	OUI	NON	Proposition validée
5. L'avis du MG devrait idéalement être sollicité avant la CM, notamment afin de récolter plus d'informations sur la situation du patient (dimension biopsychosociale, histoire pondérale, motivation, risques d'échec, compliance, avis du généraliste, etc.), d'améliorer sa prise en charge globale et d'intégrer davantage le MG dans ce processus.	9	NON (4,76% ; 90,48%)	OUI (90,48%)	OUI	NON	Proposition validée
6. Si le MG n'a pas encore eu l'occasion de s'exprimer avant, son avis doit être sollicité pendant la CM, notamment afin de clarifier ou d'apporter de nouvelles informations, de modérer certains avis et de l'intégrer davantage dans la prise en charge du patient.	8	NON (4,76% ; 71,83%)	OUI (71,83%)	OUI	NON	Proposition validée
7. Si le MG n'a pas encore eu l'occasion de s'exprimer avant ou pendant la CM, son avis doit être sollicité après, notamment afin de l'informer de la stratégie thérapeutique, de lui permettre d'exercer un droit de réponse sur la décision finale et de programmer le suivi post-opératoire.	8	NON (4,76% ; 76,19%)	OUI (76,19%)	OUI	NON	Proposition validée
8. Face à un patient candidat à la chirurgie bariatrique n'ayant pas de MG, il faut l'encourager à en trouver un, ne serait-ce que pour le suivi post-opératoire et au long terme. Toutefois, le patient sans médecin traitant doit être pris en charge comme n'importe quel autre patient.	9	NON (9,52% ; 90,48%)	OUI (90,48%)	OUI	NON	Proposition validée
9. L'accord du patient doit être explicitement obtenu pour permettre la collaboration et l'échange d'informations entre le MG et l'équipe de CM.	8	NON (4,76% ; 66,67%)	NON (66,67%)	NON	NON	Proposition à reformuler

10. Il est nécessaire que le MG soit averti dès que son patient entame les démarches en vue d'une chirurgie bariatrique (via un rapport de consultation par exemple).	9	NON (4,76% ; 90,48%)	OUI (90,48%)	OUI	OUI	Proposition à reformuler
11. Il est nécessaire que le MG reçoive les rapports de consultation de chaque intervenant lors du bilan préopératoire de chirurgie bariatrique.	8	NON (23,81% ; 66,67%)	NON (66,67%)	NON	NON	Proposition à reformuler
12. Une meilleure formation et information des MG sur la chirurgie bariatrique faciliteraient la confiance en ce type de chirurgie, et donc la collaboration avec l'équipe de CM.	8	NON (0% ; 90,48%)	OUI (90,48%)	OUI	NON	Proposition validée
13. Il est nécessaire pour l'équipe de CM de connaître la position du MG par rapport à la chirurgie bariatrique en général.	5	/	/	NON	OUI	Proposition à reformuler
14. Lors de l'évaluation préopératoire, il est nécessaire de s'informer de la participation du MG dans le suivi post-opératoire.	8	NON (0% ; 71,43%)	OUI (71,43%)	OUI	NON	Proposition validée
15. L'intégration du MG dans l'évaluation préopératoire permet une meilleure implication de celui-ci dans le suivi post-opératoire du patient.	9	NON (0% ; 100%)	OUI (100%)	OUI	NON	Proposition validée
16. Lors de l'évaluation préopératoire, il faut dans certains cas se concerter avec d'autres professionnels de la santé (psychiatre, gastroentérologue, cardiologue, neurologue, etc.) impliqués dans le suivi des comorbidités du patient, d'autant plus lorsque le patient n'a pas de MG ou est peu connu du MG.	9	NON (0% ; 95,24%)	OUI (95,24%)	OUI	NON	Proposition validée

Partie 2 : définir les modalités pratiques de la collaboration

Cette section comportait 11 échelles de Likert et 1 QO invitant à laisser des commentaires.

Elle comportait également 1 QO exploratoire.

Tableau 8 : synthèse des résultats du 2ème tour, partie 2

Proposition	M	D	AF	C	CC	CCL 2 ^{ème} tour
1. Le MG devrait être invité à participer en présentiel à la CM préopératoire de son patient, sans que sa présence ne soit obligatoire.	5	/	/	NON	OUI	Proposition à reformuler
2. Le MG devrait également être invité à assister par visioconférence à la CM préopératoire de son patient, sans que sa participation ne soit obligatoire.	8	NON (9,52% ; 61,90%)	NON (61,90%)	NON	OUI	Proposition à reformuler
3. La participation du MG à l'évaluation préopératoire de chirurgie bariatrique devrait se faire au minimum par l'intermédiaire d'un avis rendu par écrit, qui serait intégré au dossier médical du patient.	8	NON (4,76% ; 80,95%)	OUI (80,95%)	OUI	NON	Proposition validée

4. Un échange téléphonique entre le MG et l'équipe de chirurgie bariatrique peut avoir lieu pour communiquer un avis ou clarifier des informations, mais est peu adéquat pour une évaluation préopératoire formelle.	7	NON (0% ; 80,95%)	OUI (80,95%)	OUI	NON	Proposition validée
5. Les informations échangées par écrit entre le MG et l'équipe de CM de chirurgie bariatrique concernant un patient devraient être standardisées (items prédéfinis) afin de permettre une certaine reproductibilité, tout en laissant la possibilité d'ajouter des informations personnalisées.	8	NON (0% ; 76,19%)	OUI (76,19%)	OUI	NON	Proposition validée
6. Il faudrait prévoir une rémunération (par ex. via un code de nomenclature) des MG pour le temps consacré à l'évaluation préopératoire (rapport écrit, échange téléphonique, participation à la CM), c'est-à-dire en plus du temps de consultation au cabinet.	9	NON (4,76% ; 66,67%)	NON (66,67%)	NON	OUI	Proposition à reformuler
7. Comme pour les concertations multidisciplinaires oncologiques (COM), il faudrait prévoir une rémunération des membres de l'équipe de chirurgie bariatrique pour leur participation en présentiel à la concertation multidisciplinaire préopératoire (par ex. via un code de nomenclature).	9	NON (0% ; 80,95%)	OUI (80,95%)	OUI	NON	Proposition validée
8. La mise en place d'une fiche de liaison "type", concise, reproductible et comprenant des items prédéfinis, serait souhaitable. Elle permettrait une évaluation globale du patient et une certaine structure et objectivité lors de l'évaluation préopératoire. Afin d'éviter d'être réducteur, le MG pourrait ajouter des nouveaux items ou des commentaires libres. Cette fiche de liaison pourrait être aisément accessible en ligne sous format PDF imprimable (par ex. formulaire sur le site de l'Inami). Elle serait transmise par le MG lorsqu'il réfère son patient ou demandée au MG par l'équipe de chirurgie bariatrique lorsqu'une opération est envisagée. Libre ensuite aux MG et autres professionnels de la santé de clarifier certaines informations par téléphone ou aux MG de participer à la CM s'ils le souhaitent. Enfin, cette fiche de liaison constituerait une trace écrite à intégrer au dossier médical du patient.	8	NON (4,76% ; 90,48%)	OUI (90,48%)	OUI	OUI	Proposition à reformuler
9. Dans l'optique d'une standardisation des informations transmises par écrit, via une fiche de liaison par exemple, les items suivants constituent une base de données et un modèle convenables pour l'évaluation préopératoire du MG (avec la possibilité d'ajouter de nouveaux items ou de ne pas compléter tous ces items) : antécédents médicaux et chirurgicaux, antécédents médicaux familiaux, problèmes de santé actuels, traitement chronique, assuétudes, situation socioéconomique, contexte psychologique et psychiatrique, histoire pondérale, motivation du patient et avis du généraliste sur l'opération envisagée.	8	NON (4,76% ; 95,24%)	OUI (95,24%)	OUI	OUI	Proposition à reformuler
10. Si un échange téléphonique a lieu concernant l'évaluation préopératoire, le MG doit de préférence entrer en contact avec le coordinateur/responsable de la CM ou éventuellement avec un autre professionnel de la santé si l'échange concerne une pathologie en particulier.	8	NON (4,76% ; 71,43%)	OUI (71,43%)	OUI	NON	Proposition validée

11. Concernant le moyen de communication, le MG doit être informé de la décision finale de la CM par l'envoi d'un courrier électronique, au minimum.	8	NON (4,76% ; 90,48%)	OUI (90,48%)	OUI	OUI	Proposition à reformuler
--	---	----------------------------	-----------------	-----	-----	--------------------------

Analyse qualitative

1 QO du 2^{ème} tour a fait l'objet d'une analyse qualitative par analyse inductive générale.

Partie 2 : définir les modalités pratiques de la collaboration

« Que pensez-vous de la création d'une plateforme en ligne sur laquelle le MG aurait la possibilité de rendre un avis électronique, consultable par tous les membres de l'équipe de CM ? Développez. »

La création d'une plateforme en ligne serait potentiellement intéressante afin de permettre une circulation rapide et facile de l'information. Toutefois, il est nécessaire de réfléchir à intégrer ce dispositif dans les logiciels existants, afin d'éviter une multiplication des interfaces qui viendrait complexifier la collaboration. Une telle plateforme en ligne pose également la question du financement et du secret professionnel. Cette proposition pourrait éventuellement être une piste de solution mais ne semble pas constituer une priorité actuellement dans l'échange d'informations entre le MG et l'équipe de CM.

E02 : « Très bonne idée si l'accès reste simple et une version papier/ écrite ou transcription d'un appel téléphonique sera également possible. Il y a déjà une surcharge de e-health. Idéalement à intégrer dans les logiciels santé homologues par l'Inami. »

E05 : « Ça me semble une bonne idée mais pas nécessairement urgent à mettre en place ! (...)»

IV.C Troisième tour

Panel d'experts

Au total, 19 participants sur 21 ont répondu au 3^{ème} questionnaire. La raison de non-participation des 2 experts est inconnue.

Analyse quantitative

Partie 1 : caractériser la collaboration

1.B Définir le rôle du généraliste dans la collaboration

Cette sous-section comportait 5 échelles de Likert et 1 QO exploratoire.

Légende des tableaux 9 à 10

M : médiane

D : désaccord ($\geq 30\%$ des scores entre 1 et 3 ET $\geq 30\%$ des scores entre 7 et 9)

AF : accord fort ($\geq 70\%$ dans l'intervalle de la médiane)

C : consensus (médiane ≥ 7 ET pas de désaccord ET accord fort)

S : stabilité entre deux tours (médiane ≥ 7 ou < 7 entre deux tours successifs)

CCL : conclusion

Tableau 9 : synthèse des résultats du 3^{ème} tour, partie 1.B

Proposition	M	D	AF	C	S	CCL 3 ^{ème} tour
1. Si l'avis d'un seul MG est sollicité, il est préférable de demander l'avis du MG que le patient réfère spontanément comme étant son médecin traitant, qu'il soit en charge du DMG ou non.	7	NON (5,26% ; 63,16%)	NON (63,16%)	NON	OUI	Proposition validée par stabilité
2. Il est nécessaire de s'assurer de l'accord du patient pour permettre l'échange d'informations médicales, psychosociales et psychiatriques entre le MG et l'équipe de CM.	8	NON (15,79% ; 73,68%)	OUI (73,68%)	OUI		Proposition validée
3. Il est nécessaire que le MG soit averti dès que son patient entame les démarches en vue d'une chirurgie bariatrique (via un rapport de consultation par exemple), avec l'accord du patient.	9	NON (5,26% ; 89,47%)	OUI (89,47%)	OUI		Proposition validée
4. Il est nécessaire que le MG reçoive les rapports de consultation de chaque intervenant lors du bilan préopératoire de chirurgie bariatrique, comme pour toute autre consultation spécialisée.	8	NON (21,05% ; 57,89%)	NON (57,89%)	NON	OUI	Proposition validée par stabilité
5. Il n'est pas nécessaire pour l'équipe de CM de connaître la position personnelle du MG par rapport à la chirurgie bariatrique en général.	5	/	/	NON	OUI	Proposition exclue

Partie 2 : définir les modalités pratiques de la collaboration

Cette sous-section comportait 6 échelles de Likert.

Tableau 10 : synthèse des résultats du 3ème tour, partie 2

Proposition	M	D	AF	C	S	CCL 3 ^{ème} tour
1. Le MG devrait avoir la possibilité de participer en présentiel à la CM préopératoire de son patient s'il le souhaite.	7	NON (15,79% ; 68,42%)	NON (68,42%)	NON	NON	Proposition ambiguë
2. Le MG devrait avoir la possibilité d'assister par visioconférence à la CM préopératoire de son patient s'il le souhaite.	7	NON (10,53% ; 73,68%)	OUI (73,68%)	OUI		Proposition validée
3. Il faudrait prévoir une rémunération (par ex. via un code de nomenclature) des MG pour le temps consacré à la rédaction d'un rapport écrit ou à la participation à la CM préopératoire, c'est-à-dire en plus du temps de consultation avec le patient.	8	NON (10,53% ; 68,42%)	NON (68,42%)	NON	OUI	Proposition validée par stabilité
4. La mise en place d'une fiche de liaison "type", concise, reproductible et comprenant des items prédéfinis, serait souhaitable. Elle permettrait une évaluation globale du patient et une certaine structure et objectivité lors de l'évaluation préopératoire. Afin d'éviter d'être réducteur, le MG pourrait ajouter de nouveaux items ou des commentaires libres. Cette fiche de liaison pourrait être aisément accessible en ligne sous format PDF imprimable (par ex. formulaire sur le site de l'Inami) ou directement disponible et modifiable dans le dossier médical informatisé (DMI). Elle serait idéalement transmise par le MG lorsqu'il réfère son patient ou demandée au MG par l'équipe de chirurgie bariatrique lorsqu'une opération est envisagée. Libre ensuite aux MG et autres professionnels de la santé de clarifier certaines informations par téléphone ou aux MG de participer à la CM s'ils le souhaitent. Le MG s'assurera de l'accord du patient pour transmettre ces informations. Enfin, cette fiche de liaison constituerait une trace écrite à intégrer au dossier médical du patient.	9	NON (5,26% ; 89,47%)	OUI (89,47%)	OUI		Proposition validée
5. Dans l'optique d'une standardisation des informations transmises par écrit, via une fiche de liaison par exemple, les items suivants constituent une base de données et un modèle convenables pour l'évaluation préopératoire du MG (avec la possibilité d'ajouter de nouveaux items ou de ne pas compléter tous ces items) : antécédents médicaux et chirurgicaux, antécédents médicaux familiaux, problèmes de santé actuels, traitement chronique, assuétudes, situation socioéconomique, contexte psychologique et psychiatrique, histoire pondérale, motivation du patient et avis du généraliste sur l'opération envisagée. Ces informations sont complétées avec l'accord du patient.	8	NON (5,26% ; 78,95%)	OUI (78,95%)	OUI		Proposition validée

6. Concernant le moyen de communication, le MG doit être informé de la décision finale de la CM par l'envoi d'un courrier électronique sécurisé ou courrier papier.

9

NON
(0% ;
94,74%)

OUI
(94,74%)

OUI

Proposition
validée

Analyse qualitative

1 QO du 3^{ème} tour a fait l'objet d'une analyse qualitative par analyse inductive générale.

Partie 1 : caractériser la collaboration

1.B Définir le rôle du médecin généraliste dans la collaboration

« D'après vous, quelle attitude adopter face à un patient qui refuse que son MG transmette des informations médicales ou psychiatriques à l'équipe de CM, pouvant potentiellement contre-indiquer l'opération bariatrique ? Développez. »

Face à un patient qui refuse de transmettre des informations qui peuvent potentiellement retarder ou contre-indiquer la chirurgie bariatrique, le MG doit prendre le temps de discuter avec le patient afin de comprendre ses craintes, le rassurer et lui expliquer la pertinence et la nécessité pour l'équipe de CM de connaître ces informations. D'un point de vue légal et déontologique, on ne peut forcer un patient à fournir des informations médicales contre son gré. Certains experts estiment que la décision chirurgicale ne peut être éclairée si le patient refuse la transmission de certaines données lors de l'évaluation préopératoire. Dès lors, la prise en charge chirurgicale bariatrique peut être compromise, voire refusée.

E02 : « Si le patient refuse la transmission des informations il faudrait d'abord écouter ses craintes et la raison du refus. Une chirurgie bariatrique est élective et jamais urgente. La détection des contre-indications relatives et absolues est un travail de routine de chaque préparation du patient. Il faudrait rappeler au patient que la qualité du suivi et aussi le succès de l'intervention augmente avec une équipe inter et pluridisciplinaire autour et avec lui et son MG (s'il en a un) est un de ces intervenants. (...)»

IV.D Synthèse des trois tours

Au terme des 3 tours, 29 propositions sur 31 ont été validées, 1 a été exclue et 1 autre est restée ambiguë. Au total, 3 propositions (21%) ont été validées au 1^{er} tour, 17 (61%) au 2^{ème} et 9 (82%) au 3^{ème} tour. Ces 29 propositions constituent les spécificités de la collaboration entre les MG et l'équipe de CM lors de l'évaluation préopératoire de chirurgie bariatrique. Les réponses aux QO des 3 tours sont disponibles en annexe, ainsi que les commentaires ayant aidé à l'élaboration des questionnaires [Annexes 12-16].

V. Discussion

Cette étude avait pour objectif de caractériser la collaboration entre les MG et l'équipe de CM lors de l'évaluation préopératoire de chirurgie bariatrique, et d'en définir les modalités pratiques. En cours d'étude, un objectif secondaire a émergé : élaborer une fiche de liaison destinée aux MG lors de l'évaluation préopératoire. La méthode était adaptée à la question de recherche et les résultats ont permis d'y répondre.

V.A Discussion des résultats

Excepté pour la définition de la collaboration, les résultats sont discutés par ordre de convergence : du plus consensuel au moins consensuel.

La définition de la collaboration

Dans cette étude, la collaboration *souhaitée* entre les MG et l'équipe de CM lors de l'évaluation préopératoire de chirurgie bariatrique se définit comme la *concertation entre professionnels de la santé issus de disciplines diverses, autour d'un même patient considéré acteur de sa santé, par l'échange d'informations sur sa situation biopsychosociale, acquises notamment grâce à une relation de confiance et sur la durée. Cette concertation veille au respect du secret professionnel partagé et à la reconnaissance des compétences de chacun. Elle a pour objectif de proposer une prise en charge conservatrice et/ou thérapeutique optimale et conforme au cadre légal pour chaque patient.* La définition de cette collaboration est une production neuve étant donné qu'il n'en existe pas d'autres dans la littérature.

Dans cette définition, plusieurs éléments ont été apportés par les experts et sont à retenir. Tout d'abord, il s'agit de la définition de la collaboration « souhaitée » car dans la pratique, cette collaboration est pratiquement inexistante. Ensuite, la nécessité d'intégrer le patient comme acteur de sa santé est nécessaire afin de le responsabiliser davantage vis-à-vis de son parcours de soin. Ceci fait écho aux recommandations du KCE : « *Le patient est considéré comme un partenaire actif dans le processus de décision mais il n'est pas nécessairement présent lors de la concertation* » (1). On s'éloigne donc de l'ancien modèle paternaliste qui laisse peu de place à l'autonomie du patient. Les experts ont également souligné la particularité du rôle du MG dans cette évaluation préopératoire, notamment par sa relation privilégiée avec le patient qui lui confère une bonne connaissance de sa situation

biopsychosociale. Par ailleurs, la notion de secret professionnel partagé est cruciale. Elle implique 4 conditions : l'accord du patient, ne partager que les informations nécessaires, que les prestataires concernés soient soumis au secret professionnel et qu'ils n'interviennent que dans le cadre d'une prise en charge commune (29). Enfin, il était pertinent d'ajouter le terme « thérapeutique » car l'évaluation préopératoire a pour but de déterminer la meilleure prise en charge pour le patient, et cela implique également l'abstention du geste chirurgical irréversible s'il n'est pas indiqué.

Le rôle du médecin généraliste

La section concernant le rôle du MG a généré beaucoup plus de propositions comparativement à celle sur les modalités pratiques. Ceci illustre la confusion qui entoure encore la fonction du MG dans cette prise en charge spécialisée et la nécessité de la préciser davantage pour faciliter cette collaboration.

Propositions d'emblée consensuelles

La nécessité que tout *patient candidat à la chirurgie bariatrique soit suivi par un MG* a rapidement été établie. Le KCE soutient également ce propos : « (...) [ce qui implique] *que tous les patients entrant dans un itinéraire de soins de chirurgie bariatrique aient un médecin généraliste* » (1). Par conséquent, l'équipe de CM doit *encourager les patients n'ayant pas de MG à s'en trouver un, notamment pour le suivi post-opératoire et au long terme*. Comme mentionné par un expert, certains patients ne perçoivent pas l'intérêt du suivi par le MG car ils ne pensent pas à la nécessité d'un suivi intégré en post-opératoire. L'équipe hospitalière joue donc un rôle fondamental d'information et d'orientation des patients vers la 1^{ère} ligne. Ensuite, il était pertinent de déterminer le moment de l'évaluation préopératoire le plus propice à l'intervention du MG, ce qui n'est pas décrit dans la littérature. Les experts affirment qu'elle est pertinente aux trois temps, *avant, pendant et après la CM*, pour des raisons diverses et complémentaires. Il n'est donc jamais « trop tard » pour l'impliquer.

Par ailleurs, il faut *informer le MG de la décision prise à l'issue de la CM*, ce qui est également recommandé par l'HAS : « *Les conclusions de la concertation pluridisciplinaire doivent être communiquées au patient, à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire et au médecin traitant (...)* » (11). En pratique, les MG ne sont généralement pas tenus au courant de cette décision et n'ont dès lors aucune possibilité de droit de réponse.

L'importance d'une *bonne formation et information des MG sur la chirurgie bariatrique* est également établie. La méconnaissance de certains MG peut influencer leur confiance en ce type de chirurgie et la collaboration avec l'équipe, c'est pourquoi l'organisation de formations adéquates ou encore de rencontres avec l'équipe ont été proposées comme pistes de solution. La littérature évoque également ce manque d'expertise des MG (1,7). Dans une étude de Da Silva et al., les MG n'étaient de manière générale pas désireux d'une meilleure formation, soit parce qu'ils ne voyaient pas assez de patients concernés, soit parce qu'ils estimaient que leurs connaissances suffisaient. De plus, nombreux considéraient que cette prise en charge relevait de la « sur-spécialisation » (7). Cette observation rejoint le manque de motivation souligné par certains experts de notre étude comme frein à la collaboration. L'étude de Da Silva et al. a par ailleurs été menée auprès d'un faible effectif de MG et les résultats doivent donc être interprétés avec prudence. A l'inverse, dans une étude de 2016 de Bouvier et al., 71% des MG interrogés étaient désireux d'une formation plus approfondie. Par ailleurs, ces MG entretenaient un lien de qualité avec l'équipe hospitalière de leur région (26). La qualité de la collaboration avec l'équipe de CM conditionne certainement le degré d'implication et de motivation des MG, ainsi que leur confiance en ce type de chirurgie. Bouvier et al. constatent que « *la qualité de cette relation [avec l'équipe hospitalière] ainsi que les résultats de l'opération ont permis aux médecins de revoir leur position concernant cette chirurgie, évoluant d'une majorité avec un avis mitigé avant la prise en charge de leur patient (56 %) vers une majorité avec avis favorable après la prise en charge (59 %). (...) aucun médecin n'avait un avis qui évoluait défavorablement après cette expérience* » (26). Enfin, l'intégration systématique des MG aux évaluations préopératoires leur permettrait d'acquérir de l'expérience et des compétences dans ce domaine, et valoriserait davantage leur expertise.

Ensuite, *l'intégration du MG dans l'évaluation préopératoire permet une meilleure implication dans le suivi post-opératoire*. Cette assertion est importante car de nombreux patients considèrent la chirurgie comme une solution rapide et finissent par abandonner les rendez-vous de suivi (1). Or, le suivi par le centre de chirurgie bariatrique doit durer au moins 2 ans et se faire en collaboration avec la 1^{ère} ligne : « (...) *le médecin généraliste assume la coordination des soins en première ligne. Ceci nécessite son implication dès la phase préopératoire (lors de la concertation multidisciplinaire et de la prise de décision opératoire) et l'existence d'un système de communication fluide entre les première et deuxième lignes* » (1). Enfin, un

élément neuf souligné est l'importance d'intégrer à l'évaluation préopératoire *d'autres professionnels de la santé impliqués dans le suivi des comorbidités du patient (neurologues, cardiologues, psychiatres, etc.)*, qui connaissent parfois mieux le patient que le MG lui-même.

Propositions consensuelles après reformulation

Les experts ont convenu qu'il était nécessaire de *proposer pour chaque patient au moins un contact avec le MG*. Lors du sondage, près de la moitié des experts interrogés indiquaient pourtant n'avoir jamais sollicité l'avis du MG ou été sollicité en tant que MG pour l'évaluation préopératoire. Ces résultats font écho à l'observation faite par le KCE : « *Peu de centres impliquent activement le médecin généraliste. Ils ne sont pas souvent invités à la concertation multidisciplinaire et leur avis (...) n'est généralement pas sollicité* » (1). Toutefois, une nuance importante à souligner est que les experts n'étaient pas favorables à une participation systématique du MG à l'évaluation préopératoire, mais bien à une invitation systématique à y participer. Cette précision ressort également de l'étude du KCE : « *Les experts ont donc proposé que seule l'invitation du médecin généraliste à la concertation soit obligatoire, mais que celui-ci reste libre d'y participer ou non, éventuellement par vidéoconférence ou sur la base d'un rapport écrit* » (1).

Ensuite, un nouvel élément qui ressort de cette étude est qu'il n'est pas nécessaire de *définir une fréquence minimale de suivi du patient* pour que l'avis du MG puisse être sollicité, mais qu'il est *davantage pertinent de prendre en compte sa connaissance générale du dossier médical*.

Enfin, il fallait déterminer la portée de l'avis rendu par le MG. Les experts ont convenu que *son avis devait être non contraignant, mais que les informations transmises et son opinion devaient être considérées au même titre que les membres de la CM*. C'est également ce qui est proposé par le KCE : « *Le médecin généraliste du patient (de préférence le médecin en charge du DMG) doit être consulté (...), mais son avis (éventuellement écrit) ne doit pas être contraignant* » (1). Comme l'a souligné un expert, l'avis du MG n'est pas contraignant par essence, mais les informations apportées peuvent l'être et doivent donc être sérieusement considérées. A mon sens, le consensus sur l'aspect non contraignant s'explique d'une part pour le MG par le fait que la chirurgie bariatrique est une prise en charge spécialisée, et d'autre part pour l'équipe spécialisée, par la crainte de l'opposition du MG face à la décision chirurgicale. De plus, il y a des préjugés sur les connaissances en chirurgie bariatrique du MG

qui tendent à discréditer son avis. Or, une grande partie de l'expertise du MG repose justement sur les informations acquises grâce au lien thérapeutique avec le patient.

Lors du dernier tour, les experts conviennent qu'il est préférable de contacter le MG que *le patient réfère spontanément comme son MT, qu'il soit en charge du DMG ou non*. Cette recommandation se démarque de la littérature et souligne à nouveau l'importance de la relation thérapeutique privilégiée qui peut exister entre un MG et son patient, indépendamment de la fréquence du suivi ou du DMG. Même si les contacts sont moins réguliers, il y a une connaissance du dossier préalable qui est intéressante. Le KCE ne mentionne pas ce critère pour le choix du MG et recommande plutôt celui en charge du DMG, notamment pour le partage facilité des données médicales via le DMI (1). Il est à noter que beaucoup de Bruxellois n'ont pas de DMG, comme l'a rappelé un expert.

Ensuite, deux autres éléments neufs ressortent de cette étude : *le MG doit être averti dès que son patient entame des démarches pour une chirurgie bariatrique et il doit recevoir les rapports de consultations de chaque intervenant lors du bilan préopératoire*. En pratique, la communication se résume habituellement à un courrier envoyé au MG après l'opération (1). Toutefois, ce constat ne fait pas office de généralité. Selon l'étude menée par Bouvier et al. au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Dijon, 38 MG sur 39 avaient bien reçu les différents courriers et une grande majorité jugeait que les informations reçues sur le bilan et le suivi étaient suffisamment informatives (26).

La nécessité d'*obtenir l'accord du patient pour l'échange d'informations médicales, psychosociales et psychiatriques* a été établie et s'inscrit dans le cadre légal du secret professionnel partagé (29). Étant donné que le partage d'informations psycho-psychiatriques est un point qui fait débat entre les professionnels de la santé mentale, il était intéressant d'explorer davantage cette question. Les experts estiment que la rétention d'informations pose la question de la confiance dans la relation avec le patient, et qu'elle peut potentiellement nuire à sa santé. Dès lors, un tel refus peut compromettre le projet chirurgical du patient. Une brochure de la ligue des droits de l'Homme cite : « *Si le patient refuse, le secret ne peut pas être divulgué. Le soignant ne peut alors que tenter de convaincre le patient qu'une telle communication est dans son intérêt ou imaginer une autre solution permettant la prise en charge adéquate du patient* » (29). Il est paradoxal de constater que les experts interrogés envisagent le refus du projet de chirurgie chez les patients qui refusent la communication

d'informations entre le MG et l'équipe de CM, alors même que cette collaboration est anecdotique à l'heure actuelle.

Proposition non consensuelle

Les experts ne s'accordent pas sur le fait qu'il soit *nécessaire pour l'équipe de CM de connaître la position personnelle du MG face à la chirurgie bariatrique*. Un argument avancé par un expert est que la position personnelle du MG ne doit déontologiquement pas interférer avec son évaluation, et que la connaissance préalable de cette position pourrait biaiser la perception de la valeur de son opinion.

Les modalités pratiques de la collaboration

Propositions d'emblée consensuelles

Une *trace écrite de l'avis rendu par le MG doit subsister dans le dossier médical du patient*. Le KCE déclare que « *l'avis de chacune de ces disciplines [dont la MG] doit être pris en considération dans la décision d'opérer, et documenté dans le dossier du patient* » (1). Ensuite, un nouvel élément est que *le MG doit préférentiellement entrer en contact avec le coordinateur pour un échange téléphonique*. L'instauration d'un coordinateur a été soutenue par plusieurs experts comme piste de solution pour faciliter la collaboration. Cette idée ressort également de l'étude du KCE : « *Presque tous les experts ont pour leur part soutenu l'idée d'un coordinateur en charge de l'organisation des concertations multidisciplinaires, du contact avec les médecins généralistes, de l'organisation des séances d'information, du contrôle de la présence des patients aux rendez-vous de suivi et de la gestion du registre de chirurgie bariatrique* » (1). Ce coordinateur pourrait être financé au forfait dans le cadre d'une convention, théorique à l'heure actuelle. Il pourrait s'agir d'un membre de l'équipe de CM ou d'un membre supplémentaire intégré dans l'équipe (1). Enfin, tout comme pour les membres de la concertation oncologique multidisciplinaire (COM), les experts souhaitent la *rémunération des membres de l'équipe hospitalière pour leur participation à la CM*. Le KCE propose de financer la CM via une convention également, dans l'optique de limiter cette chirurgie aux centres ayant une expertise spécialisée (1).

Propositions consensuelles après reformulation

Les experts estiment que l'évaluation préopératoire par le MG devrait se faire *au minimum par l'intermédiaire d'un avis écrit*, qui serait *intégré au dossier médical du patient*. L'échange téléphonique, quant à lui, peut s'avérer *utile pour communiquer un avis ou clarifier des*

informations, mais est peu adéquat pour une évaluation formelle. D'après le sondage de cette étude, il semblerait pourtant que ce moyen de communication soit actuellement le plus couramment utilisé, probablement par commodité. Ces détails concernant l'avis écrit et par téléphone se démarquent de la littérature car leurs modalités d'utilisation n'y sont pas précisées.

Lors du dernier tour, les experts conviennent enfin que *le MG doit avoir la possibilité de participer par visioconférence à la CM de son patient.* Cette modalité est jugée plus pratique que la participation en présentiel, notamment pour son gain de temps considérable. Dans une étude de Sodji et al., la mise en place d'une plateforme de téléconférence multimédia ou « webconférence » a été évoquée dans ce contexte. Elle serait composée d'outils de travail facilitant les échanges entre les professionnels de santé, réduisant les contraintes de mobilité et accélérant les prises en charge (30). L'idée de la création d'une plateforme en ligne a également émergé dans cette étude.

Concernant *la rémunération du MG pour le temps consacré à la rédaction d'un rapport écrit ou à sa participation à la CM,* la proposition a été validée par stabilité, n'ayant pas obtenu d'accord fort. Il est interpellant de noter que la rémunération de l'équipe de CM soit davantage consensuelle que la rémunération du MG, alors qu'il s'agit d'une solution proposée par les experts et la littérature pour faciliter la collaboration : « *Les experts ont également préconisé (...) de prévoir une rémunération pour sa participation, comme dans le cas de la concertation multidisciplinaire en oncologie* » (1). Une explication avancée est que certains experts estiment que l'évaluation peut être complétée durant le temps de la consultation, et d'autres le justifient par l'absence de rémunération actuelle de l'équipe de CM.

Étant donné que le rapport écrit était le moyen de communication le plus rapidement validé et que la QO concernant la mise en place d'une fiche de liaison avait récolté des avis favorables, il était intéressant de développer cette piste. Par la suite, un modèle de fiche de liaison, dont le contenu et les modalités d'utilisation ont été validés par les experts, a été créé [Annexe 19]. Cette fiche permettrait une évaluation préopératoire *structurée et objective grâce à des items prédéfinis.* Elle pourrait être *aisément accessible en ligne sous format PDF imprimable ou directement modifiable dans le DMI.* Elle serait idéalement *transmise par le MG lorsqu'il réfère son patient ou demandée au MG par l'équipe hospitalière lorsqu'une opération est envisagée.* Enfin, elle permettrait également à l'équipe de CM de

gagner du temps lors de la récolte des informations du patient et de confronter leurs données avec celles du MG. L'avantage d'un tel outil est qu'il est facile d'utilisation, peu chronophage, et qu'il entre entièrement dans le cadre de la pratique quotidienne des MG.

L'utilisation d'une fiche de liaison dans le cadre de l'initiation d'une prise en charge bariatrique avait déjà été étudiée dans la littérature : « *En 2013, Bianchi et al. ont évalué la mise en place d'une fiche de liaison (...). Alors que la moitié des fiches était retournée par les médecins avant la RCP, leur taux de remplissage était de 97%, reflétant l'implication des médecins. La proposition de mise en place d'une fiche de liaison a été appuyée par 85% des médecins dans notre étude, soulignant ainsi l'importance qu'ils accordent à l'évaluation globale du patient avant la décision thérapeutique* » (26). Toutefois, aucune donnée sur l'élaboration de cette fiche n'est disponible dans ces études et aucun exemplaire n'a pu être trouvé. Après la création de notre fiche de liaison, celle du CHU de Nîmes a finalement été récupérée suite à l'envoi d'un courriel à un médecin spécialiste ayant participé à l'étude de Bianchi et al. (27). Cette fiche interroge 3 grandes thématiques au moyen de cases à cocher : le suivi du patient, son parcours préopératoire et son profil [Annexe 20]. Une comparaison détaillée des fiches est disponible en annexe [Annexe 21]. Enfin, la fiche de liaison créée lors de cette étude-ci se base sur l'analyse de la collaboration via une étude Delphi et a donc le mérite d'être une production originale.

Proposition non consensuelle

A l'issue des 3 tours, 1 proposition du questionnaire initial est restée ambiguë. Elle concerne la *possibilité pour le MG de participer en présentiel à la CM de son patient s'il le souhaite*. L'organisation spatio-temporelle complexe est majoritairement pointée du doigt. Par ailleurs, sa présence pose le problème du secret médical étant donné que plusieurs dossiers de patients sont discutés. Au-delà de ces contraintes, plusieurs études appuient le fait que les MG sont généralement peu demandeurs de participer en présentiel aux CM de chirurgie bariatrique. Dans l'étude de Bouvier et al., seuls 18% des médecins interrogés émettaient le souhait d'y participer (26). L'étude du KCE concluait que le MG devait idéalement être présent à la CM, mais pouvait éventuellement participer par visioconférence ou sur base d'un rapport écrit (1). Les résultats de cette étude-ci s'en démarquent et concluent que la participation du MG doit se faire au minimum via un rapport écrit, avec la possibilité de participer par visioconférence, mais sa participation en présentiel à la CM est loin de faire l'unanimité.

V.B Forces et limites

Les forces

La méthodologie Delphi est une méthode de consensus validée et donc adaptée pour répondre à la question de recherche. Les critères de qualité méthodologique ont été respectés. Tout d'abord, le nombre d'experts ayant participé à l'étude était de 24, ce qui est un nombre correct pour cette étude. Ensuite, la quasi-anonymisation a permis d'éviter la prise de pouvoir de certains experts et a favorisé la liberté d'expression. Par ailleurs, la sélection et le recrutement des experts a veillé à la constitution d'un panel hétérogène et qualifié pour répondre à la question de recherche. De plus, l'utilisation largement majoritaire d'échelles de Likert, outil classiquement utilisé et reconnu dans le Delphi, constitue un autre critère de qualité. Enfin, l'analyse quantitative s'est basée sur 3 facteurs statistiques validés par la littérature, ce qui renforce la validité du consensus obtenu.

Un des inconvénients de la méthode Delphi est l'élaboration du questionnaire initial qui peut influencer ou limiter l'émergence de nouvelles idées. Afin de limiter cet effet, le questionnaire permettait le recueil des commentaires. Dans cette étude, cette technique a permis l'émergence de 17 nouvelles propositions sous forme d'échelles de Likert et de 2 QO. Une autre limite à la méthode Delphi est qu'il y a moins de possibilités de discussions, pourtant utiles en cas d'opinions très polarisées. Pour atténuer cette contrainte, les propositions, même consensuelles, étaient reformulées lorsqu'elles faisaient l'objet d'un commentaire contraire. Enfin, la méthode Delphi vise à faire évoluer l'opinion des membres du groupe vers un consensus et cet objectif a été atteint : lors du 1^{er} tour, seules 21% des propositions étaient consensuelles strictes, contre 61% et 82% aux 2^{ème} et 3^{ème} tours. Au total, 29 propositions sur 31 ont été validées, ce qui illustre une forte convergence du groupe d'experts.

Les limites

Tout d'abord, bien que cette étude ait veillé à la constitution d'un panel hétérogène d'experts, il était difficile de déterminer la proportion d'experts représentative dans chaque population étudiée. De plus, la diversité des professions représentées au sein des équipes de CM a rendu les estimations plus difficiles encore. Dans cette étude, le panel d'experts était composé d'1/3 de MG pour 2/3 de membres de l'équipe de CM. Par ailleurs, le nombre de perdus de vue durant l'étude était malheureusement important. Depuis l'inclusion, il y a eu 11 perdus de vue, soit 37%. Une explication possible est la surestimation de la motivation de certains

experts. En effet, un des experts a recruté tous les membres de son équipe de CM, sans qu'il y ait de contact direct avec l'organisateur. Toutefois, le nombre réel de perdus de vue à partir du 1^{er} tour était de 5, soit 21%. D'autres facteurs possibles sont les courts délais de réponse aux questionnaires ainsi que le nombre de tours qui peuvent décourager les participants. Ensuite, malgré que les experts étaient vivement encouragés à laisser des commentaires, leur implication dans ce procédé était hétérogène.

V.C Perspectives

En 2020, le KCE soutient que le MG a un rôle pertinent à faire valoir dans l'évaluation préopératoire et propose pour cela une participation en présentiel à la CM. L'échec d'un tel projet ne réside-t-il pas dans son ambition ? Cet idéal théorique ne semble pas correspondre aux réalités du terrain ni aux attentes des professionnels impliqués. Il ressort de cette étude que la piste écrite semble être un compromis séduisant car elle s'ancre aisément dans la pratique quotidienne. Cette modalité de communication a donc été investiguée via la proposition d'une mise en place de fiche de liaison, dont les modalités et le contenu ont été validés par les experts. Une perspective intéressante serait l'évaluation de l'impact de la mise en place d'une fiche de liaison sur la collaboration entre généralistes et équipe hospitalière à Bruxelles, via une étude prospective. La prise en charge de l'obésité ne se limitant évidemment pas à la phase préopératoire, une autre piste intéressante et complémentaire serait l'étude des caractéristiques de la collaboration avec le MG lors du suivi post-opératoire.

Aujourd'hui encore, un décalage important persiste entre la littérature scientifique et la pratique. Un bon exemple est l'utilisation commune et pourtant non documentée de la fiche de liaison au CHU de Nîmes. Dans l'optique de la mise en place effective d'une fiche de liaison à Bruxelles, il serait intéressant d'interroger les MG et l'équipe de CM du CHU de Nîmes sur l'impact qu'a eu cet outil sur la collaboration. Les conclusions qui en résulteront pourront possiblement être bénéfiques et transposables à la pratique belge.

Enfin, une dernière perspective intéressante serait l'instauration et le financement d'un coordinateur au sein des équipes spécialisées. Le développement de ce poste pourrait relancer une dynamique de collaboration entre la 1^{ère} et la 2^{ème} ligne.

VI. Conclusion

L'obésité prend aujourd'hui des proportions pandémiques et les données épidémiologiques démontrent que nous serons de plus en plus confrontés à des patients ayant recours à la chirurgie bariatrique. L'obésité étant une pathologie chronique et complexe, elle nécessite un accompagnement dans la durée et une approche multidisciplinaire approfondie et personnalisée en collaboration étroite avec le MG. Actuellement, nous constatons que cette collaboration est aussi rare que laborieuse. Cette étude s'est particulièrement intéressée à l'évaluation préopératoire des candidats à la chirurgie bariatrique car celle-ci conditionne l'acte chirurgical irréversible. L'objectif de ce travail était donc de caractériser la collaboration entre les MG et l'équipe de CM lors de l'évaluation préopératoire et de dégager des modalités pratiques permettant sa réalisation. En cours d'étude, un objectif secondaire a émergé : l'élaboration d'une fiche de liaison destinée aux MG. Au total, 29 propositions sur 31 ont été jugées consensuelles par les experts et constituent les spécificités de cette collaboration. La nécessité de proposer systématiquement au médecin généraliste de participer à l'évaluation préopératoire a été établie. Cette participation doit au minimum se faire par le biais d'un rapport écrit standardisé et reproductible. La sélection d'un panel représentatif d'experts et la confrontation des résultats obtenus aux données disponibles offrent une bonne acceptabilité des résultats. De plus, les recommandations qui en découlent proposent un contenu pertinent pour la pratique grâce à l'interrogation d'experts directement impliqués sur le terrain. Par ailleurs, il s'agit de la première étude Delphi sur le sujet et bon nombre de propositions rejoignent les recommandations nationales (KCE), ce qui tend à les renforcer. Enfin, cette étude a permis l'émergence d'éléments neufs.

Comme l'a démontré cette étude, il existe beaucoup de pistes pour faciliter la collaboration : financement d'un coordinateur, utilisation d'une fiche de liaison, amélioration de la formation des MG, création d'une plateforme en ligne, etc. Toutefois, celle-ci ne pourra pleinement s'établir qu'une fois les rôles et objectifs clairement définis au sein d'une structure adéquate. En attendant, comme dans beaucoup de cas de collaboration entre la 1^{ère} et la 2^{ème} ligne, elle ne dépend principalement que de la volonté et de la motivation des intervenants concernés.

VII. Bibliographie

1. Van den Heede K, Ten Geuzendam B, Dossche D, Sabine Janssens S, Louwagie P, Vanderplanken K, Jonckheer P. Chirurgie de l'obésité: Organisation et Financement des soins pré- et postopératoires – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2020. KCE Reports 329Bs. D/2020/10.273/05.
2. Bondolfi G, Alberque C, Lymperopoulou F, Rodriguez M. Chirurgie bariatrique : enjeux psychiatriques avant et après l'intervention. Revue Médicale Suisse. 2017;13(549):367-70.
3. Louwagie Peter, Neyt Mattias, Dossche Dorien, Camberlin Cécile, Ten Geuzendam Belinda, Van den Heede Koen, Van Brabandt Hans. Efficacité, sécurité et coût-efficacité de la chirurgie de l'obésité. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 316B. DOI : 10.57598/R316BS. français.
4. Robert B. Bariatric surgery for management of obesity : Indications and preoperative preparation. In: Uptodate [Internet]. Waltham, MA : Uptodate. [cité 5 mars 2022]. Disponible sur: https://www-uptodate-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/contents/bariatric-surgery-for-management-of-obesity-indications-and-preoperative-preparation?search=evaluation%20preop%C3%A9ratoire%20chirurgie%20bariatrique&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
5. Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Miake-Lye I, Beroes JM, et al. Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis. JAMA. 12 janv 2016;315(2):150.
6. Brunault P, Gohier B, Ducluzeau PH, Bourbao-Tournois C, Frammery J, Réveillère C, et al. L'évaluation psychiatrique, psychologique et addictologique avant chirurgie bariatrique : que faut-il évaluer en pratique, pourquoi et comment ? Presse Médicale. janv 2016;45(1):29-39.
7. Da Silva Pires E, Jacobi D, Couet C. Médecins généralistes et chirurgie bariatrique : une enquête qualitative. Obésité. déc 2012;7(4):240-9.
8. Giusti V, Schwab L, Benoit M. Chirurgie bariatrique : quelle est la durée idéale de l'itinéraire préopératoire ? Revue Médicale Suisse. 2015;5.
9. Les Concertations Oncologiques Multidisciplinaires [Internet]. Institut de Cancérologie Arsène Burny. [cité 28 oct 2022]. Disponible sur: https://www.cancerologie.chuliege.be/jcms/c2_17113963/les-com
10. Définition réunion de concertation pluridisciplinaire [Internet]. [cité 28 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/R/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire>
11. HAS. Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale. 2017 [cité 22 avr 2022]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/rapport_obesite_2017.pdf
12. MG TFE – Pour des Travaux de Fin d'Étude (TFE) de qualité en Médecine Générale [Internet]. [cité 8 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.mgtfe.be/>

13. Bronchain C. Chirurgie bariatrique, du rêve à la réalité : Comment les patients vivent-ils la prise en charge de l'obésité par la chirurgie bariatrique ? Etude du vécu de ces patients et réflexion sur le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement de ces patients. Université Catholique de Louvain; 2019.
14. Izere M. Chirurgie bariatrique : le « poids » du médecin généraliste ? La place du médecin généraliste dans la prise en charge préopératoire du patient candidat à la chirurgie bariatrique Etude quantitative auprès des médecins généralistes en Wallonie Bruxelles. Université Catholique de Louvain; 2020.
15. SPIRAL - La Méthode Delphi [Internet]. [cité 6 oct 2022]. Disponible sur: https://www.spiral.uliege.be/cms/c_5216973/en/spiral-la-methode-delphi
16. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? In: Exercer [Internet]. [cité 6 oct 2022]. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/101916/1/Article%20Delphi.pdf>
17. Humphrey-Murto S, Wood TJ, Gonsalves C, Mascioli K, Varpio L. The Delphi Method: Academic Medicine. janv 2020;95(1):168.
18. Hsu CC, Sandford BA. The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus. 12(10):8.
19. Jacques M. Comment penser la collaboration interdisciplinaire entre les médecins généralistes et les intervenants spécialisés dans la prise en charge des situations de maltraitance infantile en Fédération Wallonie-Bruxelles ? Université Catholique de Louvain; 2020-2021.
20. Iserentant E. Œil rouge et médecine générale : Élaboration d'un outil d'aide à la prise en charge chez l'adulte par consensus entre médecins généralistes et ophtalmologues en région namuroise. Université Catholique de Louvain; 2020.
21. Borel A, Mertz E. Élaboration par méthode Delphi® du contenu d'une formation à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale, destinée aux internes de médecine générale, et réflexion sur sa forme. Université de Grenoble Alpes; 2019.
22. Humphrey-Murto S, Varpio L, Gonsalves C, Wood TJ. Using consensus group methods such as Delphi and Nominal Group in medical education research. Medical Teacher. 2 janv 2017;39(1):14-9.
23. CHU de Liège. Organisation d'une COM [Internet]. Institut de Cancérologie Arsène Burny. [cité 28 oct 2022]. Disponible sur: https://www.cancerologie.chuliege.be/jcms/c2_17354283/organisation-d-une-com
24. collaborer - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 28 oct 2022]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/collaborer>
25. Heymans I. Collaboration médecins généralistes et spécialistes au profit du patient : perspectives. Minerva. 2010;9(11)
26. Bouvier A, Facy O, Vergès B, Ortega-Deballon P, Brindisi MC. Le « poids » du médecin traitant dans l'initiation d'une chirurgie bariatrique. Obésité. juin 2016;11(2):151-8.

27. Bianchi M, Guedj AM, Donici I, Artieres A, Rodier M, Taillard V. P128 Élaboration d'une fiche de liaison entre le médecin généraliste et l'équipe pluridisciplinaire dans la prise en charge chirurgicale de l'obésité. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. déc 2013;27:S118-9.
28. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*. 2006;26(2):1.
29. Commission « Psychiatrie et droits humains ». Santé mentale, secret professionnel et pratiques de réseau. Ligue des droits de l'Homme asbl ; févr 2016 [cité 5 mars 2023]; Disponible sur: https://www.liguedh.be/wp-content/uploads/2016/03/ldh_secret_professionnel.pdf
30. Sodji M, Estrade M, Nicolin P, Sepulchre X, Berry A, Longeville M, et al. Modèles de réunion de concertation pluridisciplinaire et de suivi en chirurgie bariatrique : Un projet pour l'Agence Régionale Hospitalière (ARH). 2009;9.