

Chirurgie de l'obésité en France : la qualité de la prise en charge est-elle toujours au rendez-vous ?

Michel Gerson

Endocrinologue

michelgerson@gmail.com

• **Mots clés**
chirurgie bariatrique [*bariatric surgery*].

DOI: 10.1684/med.2019.479

Ces dernières années, les rapports sur la pratique de la chirurgie bariatrique se sont multipliés, dressant des états des lieux convergents.

Un essor très rapide

L'analyse des données du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) concernant les séjours pour chirurgie bariatrique en établissement de santé a donné lieu à plusieurs publications. En France, le taux de recours à la chirurgie bariatrique a été multiplié par 2,6 entre 2008 et 2014 avec une croissance beaucoup plus rapide de la sleeve gastrectomie (SG), alias gastrectomie longitudinale : la part de cette intervention est passée de 16,9 % en 2008 à 60,6 % en 2014 [1]. Sur une période plus longue (1997 à 2007), le nombre d'interventions a été multiplié par plus de 20, passant de 2 800 en 1997 à 59 300 en 2016 avec un taux d'hospitalisation qui a progressé de 0,5 à 8,9 séjours pour 10 000 personnes [2].

Un bilan préopératoire parfois incomplet et une information insuffisante des généralistes

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié l'analyse des Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)¹ recueillis en 2016 (première année où le recueil était obligatoire) sur le thème « *Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire* », auprès de 451 établissements de santé ; 19 403 dossiers de chirurgie bariatrique ont ainsi été analysés [3].

L'analyse des différents indicateurs montre que 7 patients sur 10 ont bénéficié d'un bilan préopératoire complet soit : une analyse des principales comorbidités, un bilan endoscopique et une évaluation psychologique/psychiatrique.

Pour la HAS, « *ces éléments sont pourtant jugés indispensables pour poser une indication chirurgicale pertinente* ».

De plus, seulement 5 patients sur 10 ont « *bénéficié d'une RCP élaborée dans les conditions requises et transmises à leur médecin traitant* ».

¹ Le suivi des IQSS « est utilisé à des fins de pilotage interne, de régulation au niveau régional et national, et de transparence vers les usagers » et « permet aux établissements de santé de disposer d'un repère correspondant au seuil minimum de qualité à atteindre » [3]. Pour la thématique chirurgie de l'obésité, les IQSS comportent les éléments suivants « *composant une prise en charge préopératoire minimale nécessaire pour poser l'indication chirurgicale* » : bilan des principales comorbidités ; endoscopie œsogastroduodénale préopératoire ; évaluation psychologique/psychiatrique préopératoire ; décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire ; communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant.

Respect des indications : un constat sévère de l'IGAS

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) s'est interrogée sur les raisons d'une augmentation aussi rapide et a constaté qu'« *une part sans doute non négligeable des indications est excessive ou mal posée dans un contexte général de faible encadrement des pratiques* » [4].

Il a été observé en 2002 et 2003 une forte décroissance nationale des interventions, de 16 000 à 10 000, à la suite d'une campagne de contrôle de l'assurance maladie. Cela dénote, pour l'IGAS, un manque de rigueur dans le respect des indications.

Des différences importantes d'un département à l'autre

L'importance des différences régionales correspond aux pratiques des professionnels et non aux besoins des patients. L'IGAS notait que le taux de recours à la chirurgie bariatrique varie de façon importante d'un département à l'autre. Elle avait constaté, pour 2014, des variations d'un facteur de 1 à 7 en France métropolitaine : 24 séjours pour 100 000 habitants, toutes techniques chirurgicales confondues, dans le Puy-de-Dôme et 170 en Haute-Corse alors que la moyenne nationale est de 72. Un tel sur-recours en Haute-Corse ne peut être expliqué par une prévalence très élevée de l'obésité dans ce département. Ce sont sans doute des pratiques atypiques des professionnels dans ce département insulaire, dépourvu de centres spécialisés de l'obésité (CSO), qui expliquent ce sur-recours.

Complications post-opératoires : des morts injustifiées

Les résultats de la chirurgie bariatrique sont grevés de morts qui auraient pu être évitées par une surveillance et une prise en charge adaptées. Il suffit de lire la rubrique « faits divers » de la presse quotidienne régionale ou d'aller sur les sites des compagnies d'assurance pour s'en persuader.

Par exemple, sur le site de la Prévention Médicale (prevention-medicale.org), on peut lire l'histoire tragique d'une femme de 38 ans victime d'un « *choc septique en rapport avec une péritonite par perforation gastrique et une occlusion haute du grêle avec ischémie duodénale* ». Cette complication a conduit au décès. L'expert a reproché au chirurgien de ne pas avoir réalisé rapidement un scanner alors que les suites opératoires n'avaient pas la simplicité attendue.

Dans les derniers rapports annuels sur le risque des professions de santé de la MACSF (macsf-exercice-professionnels.fr), on relève que la chirurgie bariatrique donne lieu à plus de déclarations que le reste de la chirurgie digestive avec des complications graves (abcès, péritonites, fistule...) et des décès.

Un suivi au long cours insatisfaisant

Les complications à distance de l'intervention sont très variées et parfois graves. Ce sont notamment des malaises parfois invalidants (voir dans ce numéro l'article de L. Graillat sur les malaises après chirurgie bariatrique), des carences vitaminiques pouvant être responsables de complications dramatiques comme l'encéphalopathie de Gayet-Wernické, une augmentation du risque de suicide, un risque accru d'addictions...

La variété et la gravité potentielle de ces complications illustrent la nécessité d'un suivi attentif, d'expertises variées et d'une prise en charge multidisciplinaire par des professionnels de santé formés et travaillant en équipe, formalisée ou non ; cela est loin d'être le cas actuellement pour la majorité des patients.

L'Académie de Médecine a mené une enquête auprès de trois échantillons de personnes impliquées dans le suivi des sujets opérés pour chirurgie bariatrique, chirurgiens, médecins généralistes et patients [5]. Cette enquête montre un déficit de communication entre les différents intervenants : « *les médecins généralistes déplorent un manque de dialogue avec les chirurgiens. Ils se disent rarement informés du programme personnalisé de soins, des conseils d'adaptation des traitements, des prescriptions diététiques, des données pratiques pour l'activité physique, de la conduite à tenir en cas d'urgence* ».

Une thèse a été consacrée aux patients suivis dans le service de surcharge pondérale du CHU de Bordeaux (de janvier 2005 à décembre 2014) et perdus de vue après chirurgie [6]. Des entretiens téléphoniques avec les médecins traitants et les patients perdus de vue ont été effectués.

Le taux moyen de perdus de vue dans cette étude s'élève à 27 % des patients, soit, selon l'auteur, dans la fourchette basse de l'estimation nationale. Mais ce taux s'accroît au fil des années et est de 56 % pour les patients opérés il y a plus de 8 ans.

Ces patients sont suivis par la suite par leur médecin traitant, mais ils ne considèrent pas leur médecin traitant comme capable d'assurer seul le suivi.

Trente-sept centres spécialisés de l'obésité (CSO)

Lors de leur création dans le cadre du plan obésité et officialisée par une instruction du Ministère de la Santé du 29 juillet 2011, les CSO se sont vus attribuer la mission d'organiser la filière de soins « chirurgie de l'obésité » dans les régions.

Selon le site du ministère, cette mission « *implique à la fois des actions de sensibilisation, d'information, de formation, l'écriture de protocoles organisationnels et l'animation d'une filière de prise en charge qui implique les acteurs libéraux, hospitaliers et médico-sociaux (...)* » et « *nécessite de créer une dynamique et de formaliser les partenariats en mettant en œuvre des actions qui ne sont*

pas directement en lien avec la prise en charge d'un patient mais qui ont une visée d'organisation de l'offre et de diffusion des compétences ».

Certes, les CSO, en majorité des CHU, ont organisé des filières performantes au sein de leur établissement de rattachement et avec les établissements partenaires ; on y observe une meilleure qualité de prise en charge que dans les autres établissements de santé.

Mais il est banal de constater qu'il subsiste des professionnels dont les pratiques sont atypiques voire déviantes et des établissements qui n'offrent pas aux patients de garantie suffisante de qualité, voire de sécurité, notamment faute d'une pratique suffisante des professionnels du bloc opératoire.

Les établissements sous le seuil de 50 opérations par an (soit une opération par semaine) représentent 40 % des établissements (mais seulement 5 % des opérations), sous le seuil des 100 interventions 60 % des établissements (mais seulement 20 % des opérations) [4]. Seuls 29 % des établissements réalisent les trois techniques les plus usuelles SG, by-pass alias court-circuit gastrique et anneau [3]. On peut alors se demander si le choix de la technique opératoire n'est pas biaisé par le choix limité offert par l'établissement.

Des annonces ministérielles bienvenues

Dans son discours de lancement de la feuille de route obésité, le 8 octobre dernier, la ministre chargée de la Santé a annoncé que « *des critères de qualité seront dorénavant nécessaires pour pratiquer la chirurgie bariatrique et ces critères seront rendus publics et opposables* » et que « *l'activité de chirurgie de l'obésité fera l'objet d'une autorisation spécifique donnée aux établissements de santé autour de critères qualité soigneusement définis. Des seuils d'activité seront fixés dans ce cadre-là* ». La ministre suit ainsi la recommandation de janvier 2018 de l'IGAS de « *soumettre cette chirurgie à un régime d'autorisation multicritère inspiré de celui de la chirurgie des cancers incluant un seuil minimal de 50 à 100 interventions par an* ».

Conclusion

Les données résumées ci-dessus ont été recueillies et analysées par des organismes variés (IGAS, HAS, CNAM, DREES², InVS, Académie de Médecine...) et avec des méthodes variées : analyse du PMSI, des IQSS, enquêtes sur échantillon... Mais leurs résultats convergent et permettent d'affirmer que, la « non-qualité » est présente en France à toutes les étapes de la prise en charge des patients choisissant de traiter leur obésité par la chirurgie bariatrique : bilan et préparation préopératoire, indication opératoire et choix de la technique chirurgicale, éducation thérapeutique (souvent absente), prise en charge post-opératoire et suivi au long cours.

Les causes de cette non-qualité sont très variables : manque de savoir-faire de chirurgiens pratiquant trop peu d'actes, nombre insuffisant de professionnels formés au suivi, pratique trop solitaire, effets pervers du paiement à l'acte et de la rémunération à l'activité. Les centres d'excellence que constituent les CSO n'ont pas eu, sans doute faute de moyens suffisants, la possibilité de diffuser les bonnes pratiques autant qu'il aurait été souhaitable.

Les annonces de la ministre, début octobre, marquent, espérons-le, le début d'une nouvelle ère de la chirurgie de l'obésité en France, avec notamment la limitation de cette activité aux établissements répondant à des critères de qualité et d'activité et le renforcement des moyens des CSO. L'expérience de ces vingt dernières années a démontré la nécessité de ces mesures pour le bénéfice des patients. Elle a aussi démontré la nécessité pour les généralistes amenés à suivre seuls, à distance de l'intervention, la majorité des patients de s'entourer de compétences spécifiques. Dans le contexte actuel de pénurie médicale, des diététiciens, voire des infirmiers de pratique avancée (IPA), formés à la prise en charge de cette pathologie, pourraient rendre de grands services.

~**Remerciements** Nous remercions pour leur relecture les Docteurs Éric Drahi, généraliste (Saint Jean de Braye) et Laurie Graillat, endocrinologue (Toulouse).

~**Liens d'intérêts** : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Hazart J, Lahaye C, Farigon N, et al. Évolution du recours à la chirurgie bariatrique en France entre 2008 et 2014. *Bull. Épidémiol. Hebd.* 2018 ;(5):84 http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/5/2018_5_3.html.
2. Oberlin P, De Peretti C. Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997. *DREES. Études et résultats* 2018 ; 1051 : 1-6.
3. Haute Autorité de Santé. Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale. Campagne 2017 – Données 2016 Première campagne nationale obligatoire.

4. Inspection Générale des Affaires Sociales. Situation de la chirurgie de l'obésité. Rapport de janvier 2018.
5. Académie de Médecine. Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2017, 201, nos 7-8-9, 973-982, séance du 5 décembre 2017.
6. Bordaberry P. Étude descriptive des patients perdus de vue après chirurgie bariatrique au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux et de leur devenir. [Thèse de Médecine] Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01658804..

² La DREES est la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère chargé de la Santé.