

Parcours de soin Obésité dans le cadre de la Pertinence des soins

Groupe de travail en PACA

Dr Véronique Nègre

Pr Anne Dutour PACA Ouest

Pr Jean-Louis Sadoul PACA Est CERON



Contexte régional PACA

IRAPS-PACA

→ Mission donnée par le DG ARS de piloter un groupe de travail sur la **« pertinence de la prise en charge de l'obésité (médicale et chirurgicale) : recommandations ou actions préconisées au-delà des mesures nationales déjà existantes et modalités de diffusion »**.

Groupe de travail

- Début des travaux en **Avril 2017**
- **Groupe de travail:**
 - **Pilotage:** Dr Benzaken en lien avec Dr Etori DOS ARS
 - **2 CSO:** médecins (*Prs Dutour et Sadoul, Dr Nègre, Pr Schneider*), chirurgien (*Pr Gugenheim*), cadre diététicien (*Mme Barthelemi*), psychiatre (*Dr F Cherikh*)
 - ARS: référents obésité (*Mme Tarin, Dr Licari*)
 - Médecin Assurance maladie
 - SSR conventionnée CSO, PTA
 - Chirurgiens d'établissements privés, Dr Leyre
 - ...

Groupe de travail

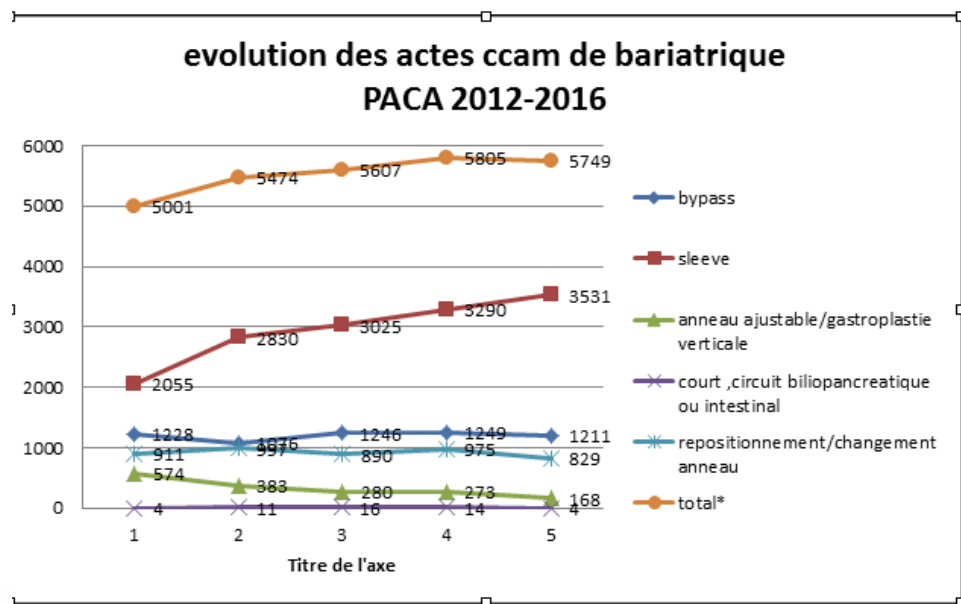
Thème principal de travail retenu: **Parcours chirurgie obésité :**

Pourquoi?

Sur-recours en PACA

Peu de suivi post-opératoire pluridisciplinaire en dehors des CSO

- 5800 actes /an



Chirurgie bariatrique

Taux de recours national 2009 : 0,33 - 2014 : 0,72

Taux de recours régional 2009 : 0,48 - 2014 : 0,94

		Indices nationaux					
Code région	Région	2009	2010	2011	2012	2013	2014
93	PROVENCE-ALPES-COTE d'AZUR	1,44	1,41	1,35	1,4	1,35	1,31

+ 30% à 40% / national

		Indices nationaux					
Territoire	Territoire de santé	2009	2010	2011	2012	2013	2014
93S0000001	Alpes-de-Haute-Provence	1,08	0,98	0,93	1,05	1,04	0,91
93S0000002	Hautes-Alpes	0,71	0,54	0,57	0,66	0,62	0,55
93S0000003	Alpes-Maritimes	1,3	1,24	1,07	1,21	1,01	1,07
93S0000004	Bouches-du-Rhône	1,68	1,64	1,51	1,5	1,44	1,36
93S0000005	Var	1,38	1,53	1,67	1,78	1,84	1,7
93S0000006	Vaucluse	1,16	1,02	1,11	1,02	1,15	1,22

ANALYSE PAR GROUPES DE RÉGIONS (RÉGIONS UDA8)



2012

Cohorte CONSTANCES 2013

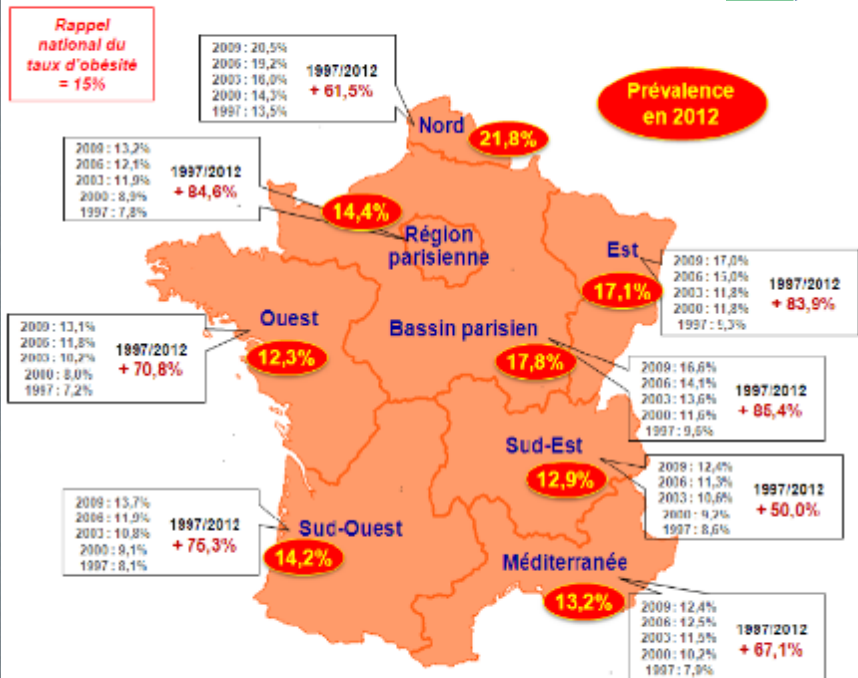
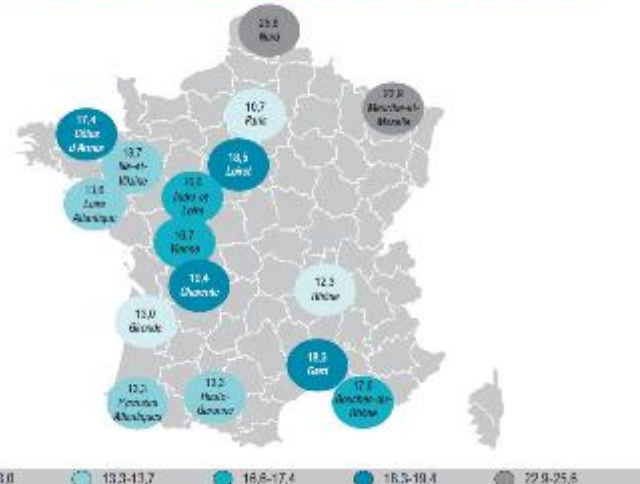


Figure 32 : Prévalence de l'obésité par région et son évolution depuis 1997

Figure 4

Prévalence (%) de l'obésité dans les 10 départements de France métropolitaine couverts par la cohorte Constances*



* Version complète mise en ligne le 17 novembre 2016.

Une situation paradoxale du parcours de la chirurgie bariatrique

- **T2A qui ne valorise que l'acte chirurgical (d'où une pression pour développer la chirurgie bariatrique par les directeurs d'hôpitaux)**
- **Décalage entre le nombre de programmes ETP obésité financés et le nombre d'interventions**
- **Pas de remboursement des suivi psy, diet et APA en dehors des programmes d'ETP ou des HDJ en SSR**
- **Pas de remboursement des vitamines ni de certain bilans biologiques recommandés dans le suivi**
- **Pas de RePPOP en PACA , ni de réseau obésité**

Groupe de travail

Thème principal de travail retenu: **Parcours chirurgie obésité**

3 objectifs :

- 1. Renforcer la qualité de l'évaluation préopératoire et de l'éducation préopératoire*
- 2. Objectiver la qualité des centres et du parcours patient*
- 3. Améliorer le suivi post opératoire immédiat et à long terme*

Chirurgie bariatrique Label régional PACO

- **un cahier des charges minimal pour le temps de préparation puis de suivi à la chirurgie** avec une approche ETP (cf HAS)
- **une fiche de RCP commune régionale** assortie d'un guide de remplissage
- la proposition d'un parcours idéal qui pourrait aboutir à la **labellisation de certains centres « label ARS/CSO PACO »**

Indications de la chirurgie bariatrique

Contre-Indications de la chirurgie bariatrique

Patients avec IMC ≥ 35 kg/m²

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 éventuellement avec les associations de patients

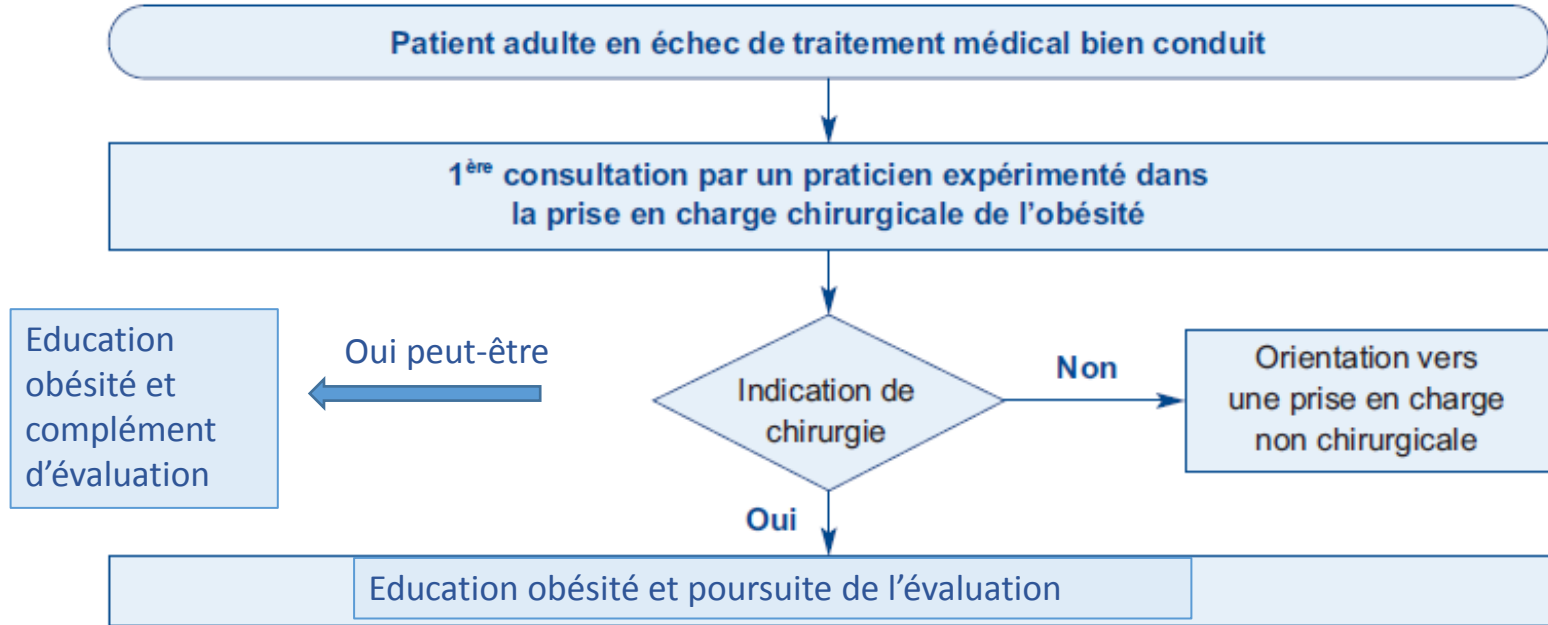
Équipes constituées au minimum de:

- un chirurgien
- un médecin spécialiste de l'obésité (nutritionniste, endocrinologue ou interniste)
- une diététicienne
- un professionnel de l'activité physique (kiné – APA)
- un psychiatre ou d'un psychologue
- un anesthésiste-réanimateur

Ces équipes peuvent prendre l'avis d'autres professionnels de santé autant que de besoin (hépato-gastro-entérologue, diabétologue, radiologue, cardiologue, pneumologue, rhumatologue, médecin rééducateur, chirurgien-dentiste, masseur-kinésithérapeute, etc.)

Un coordinateur doit être désigné au sein de l'équipe pluridisciplinaire

Parcours du patient candidat à la chirurgie bariatrique



Etat nutritionnel

Evaluation pluridisciplinaire

Troubles du comportement alimentaire

Aspect psychologique / psychiatrique

→ **DOCUMENT PACO**: Evaluation psychiatrique avant CB

Comorbidités

Avant chirurgie bariatrique, il est recommandé :

- d'évaluer et **prendre en charge** les comorbidités cardio-vasculaires ou métaboliques, notamment HTA, diabète de type 2, dyslipidémie;
- d'évaluer le risque thrombo-embolique;
- de rechercher et **prendre en charge** un syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) selon les recommandations en vigueur, un tabagisme ou d'autres pathologies respiratoires;
- de réaliser une évaluation hépatique : celle-ci doit comporter au minimum un dosage des transaminases et de la gamma GT pour évoquer une stéatohépatite non alcoolique et déclencher si nécessaire une consultation d'hépto-gastro-entérologie;
- d'évaluer l'état musculo-squelettique et articulaire.

Endoscopie oesogastroduodénale afin de dépister et traiter une infection à *Helicobacter pylori* (HP) et de rechercher une autre pathologie digestive associée (ex. : hernie hiatale importante, ulcère, gastrite, etc.) pouvant contre-indiquer certaines procédures ou nécessitant d'être prise en charge avant chirurgie.

Avant chirurgie excluant l'estomac, la réalisation de biopsies systématiques est recommandée à la recherche de lésions prénéoplasiques, quelle qu'en soit l'étiologie (infection à HP ou autre).

La constatation d'une infection à HP nécessite son traitement et le contrôle de son éradication avant chirurgie.

La suspicion clinique ou paraclinique de troubles moteurs de l'oesophage peut faire discuter la réalisation d'une manométrie oesophagienne avant pose d'anneau gastrique.

Bilan activité physique

- Evaluation de l'activité quotidienne
- Freins et ressources
- +/- test effort

→ Engagement dans une activité physique régulière adaptée

Evaluation du risque opératoire

- Par le médecin anesthésiste

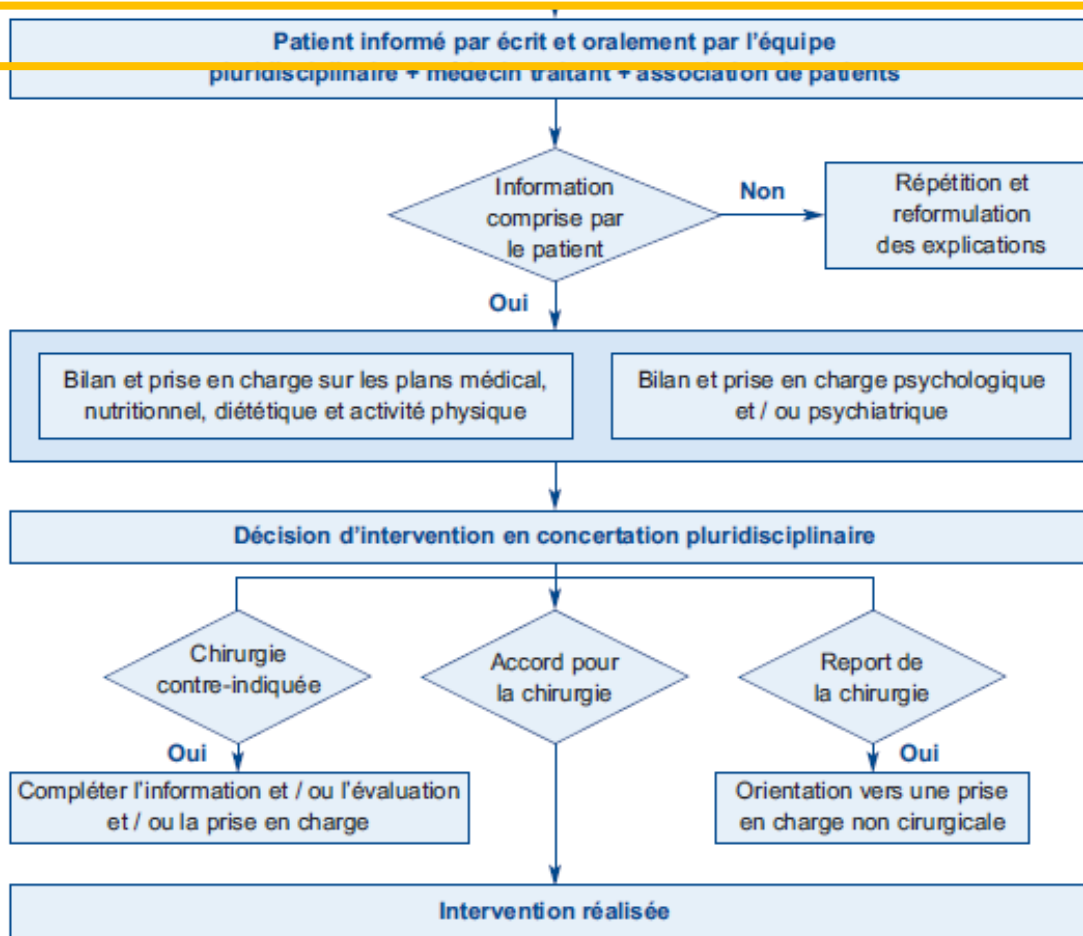
Selon les besoins

- Cs Gynéco
- Cs Tabaccologie
- ...

Parcours du patient candidat à la chirurgie bariatrique

INFORMATION
EDUCATION
PREPARATION

Idéalement par
la même
équipe que
celle qui assure
l'évaluation



L'information du patient doit porter sur

- les risques de l'obésité
- les différents moyens de prise en charge de l'obésité
- les différentes techniques chirurgicales
- les limites de la chirurgie (notamment en termes de perte de poids)
- les bénéfices et inconvénients de la chirurgie sur la vie quotidienne, les relations sociales et familiales
- les bénéfices et les inconvénients de la chirurgie en matière de grossesse et de contraception
- la nécessité d'une modification du comportement alimentaire et du mode de vie avant et après l'intervention
- **la nécessité d'un suivi médical et chirurgical la vie durant, l'obésité étant une maladie chronique et en raison du risque de complications tardives**
- **la nécessité de suivre un programme d'éducation thérapeutique**
- le soutien possible d'associations de patients
- la possibilité de recours à la chirurgie réparatrice et reconstructrice

Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique

Il est recommandé d'établir avec le patient un programme d'éducation thérapeutique, de le mettre en œuvre avec l'équipe pluridisciplinaire avant l'intervention et de le poursuivre durant la période postopératoire

- une analyse des besoins et des attentes du patient (élaboration du diagnostic éducatif)
- la définition d'un programme personnalisé comprenant les compétences les plus utiles à acquérir et les priorités d'apprentissage
- la planification et la mise en oeuvre de séances d'éducation thérapeutique individuelles ou collectives (ou en alternance)
- l'évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme au minimum avant l'intervention chirurgicale

Ce programme a pour objectif d'aider le patient à acquérir des compétences visant notamment à (accord professionnel) :

- modifier ses habitudes et son comportement alimentaire dès la période préopératoire dans la perspective de stabiliser le poids avant l'intervention, d'améliorer l'efficacité et la tolérance de la chirurgie
- planifier un programme d'activité physique

Au plan diététique, le programme d'éducation thérapeutique doit être adapté à la technique chirurgicale et au patient

Deux étapes / Objectifs:

- **Education générale concernant la prise en charge de l'obésité (début de parcours):**
 - Amélioration des habitudes d'alimentation (équilibre, sensations alimentaires) et d'activité physique (reprise d'une activité adaptée progressive)
 - Qualité de vie
 - Etat psychique
 - ...
- **Education centrée sur la chirurgie (fin de parcours)**

→ **DOCUMENT PACO:** Parcours éducatif

Compétences médico-chirurgicales

- A intégré la nécessité d'un suivi à vie et le calendrier de surveillance
- Connaît les précautions à prendre pour la contraception et les grossesses
- Connaît le risque de carences en vitamines et en nutriments et la nécessité de prendre des suppléments parfois à vie (coût...)
- Peut citer les principales complications (troubles digestifs, malaises, fistules, anorexie...)
- Connaît la conduite à tenir en cas de douleurs abdominales importantes, fièvre, tachycardie...
- Connaît les médicaments à éviter en post opératoires (AINS, aspirine...) et ceux qu'il faudra prendre (IPP...)

Compétences psychologiques

- A créé des contacts avec d'autres patients (HDJ, groupe de parole, associations de patient, internet...)
- A discuté avec son entourage proche de sa décision de chirurgie
- Appréhende les modifications corporelles post-chirurgie ; est informé des possibilités de chirurgie réparatrice
- Appréhende les modifications sociales et psychologiques liées à la chirurgie
- A compris quels étaient les éléments déclencheurs de grignotages/compulsions. Sait gérer les TCA.
- Est informé du risque de transfert d'addiction (alcool, tabac...)

Compétences en activité physique :

- Connaît l'intérêt de pratiquer une activité physique régulière intégrée au mode de vie (maintien de la masse musculaire, de la perte de poids au long court...)
- Sait trouver des éléments de plaisir dans le mouvement (motivation extrinsèque ou intrinsèque)
- Sait identifier les obstacles et trouver les ressources pour la pratique d'une activité physique régulière
- A acquis un socle minimal d'AP (3 x 10min actives par jour)
- Connaît les modalités de la pratique d'une activité physique postopératoire (hydratation fractionnée, absence de sollicitations abdominales hyperpressives, progressivité, régularité...)

Compétences en diététique

- Connaît les causes alimentaires d'échec de la chirurgie (mauvais équilibre alimentaire, grignotages, repas déstructurés...)
- A compris ce qu'est un dumping syndrome (mécanisme, symptômes, aliments déclencheurs...)
- A acquis un temps de repas adapté/une mastication suffisante
- Repère la satiété et la respecte
- Arrive à boire en dehors des repas
- Sait manger équilibré dans toutes les situations de vie, a compris l'importance des protéines dans l'alimentation
- Connaît les modalités et les contraintes de l'alimentation postopératoire (fractionnement, volumes, aliments déconseillés...)



SI DEMANDE DE CHIRURGIE BARIATRIQUE

Atelier diététique et activité physique

(selon besoins)

Apprentissage des connaissances de base
nécessaires pour gérer l'équilibre
alimentaire

Atelier chirurgie n° 1

(début ou à mi-parcours) (film 1)

- Aider le patient à décider s'il veut se faire opérer ou non, en ayant compris toutes les contraintes associées à l'intervention
- L'inciter à commencer à changer son comportement

SI LE PROJET DE CHIRURGIE BARIATRIQUE SE PRÉCISE

Séances individuelles

(selon besoins)

- Séances de renforcement sur les consignes post-opératoires
- Préparation avec la psychologue...

Ateliers chirurgie n° 2

(dans le mois précédant l'intervention)
(film 3)

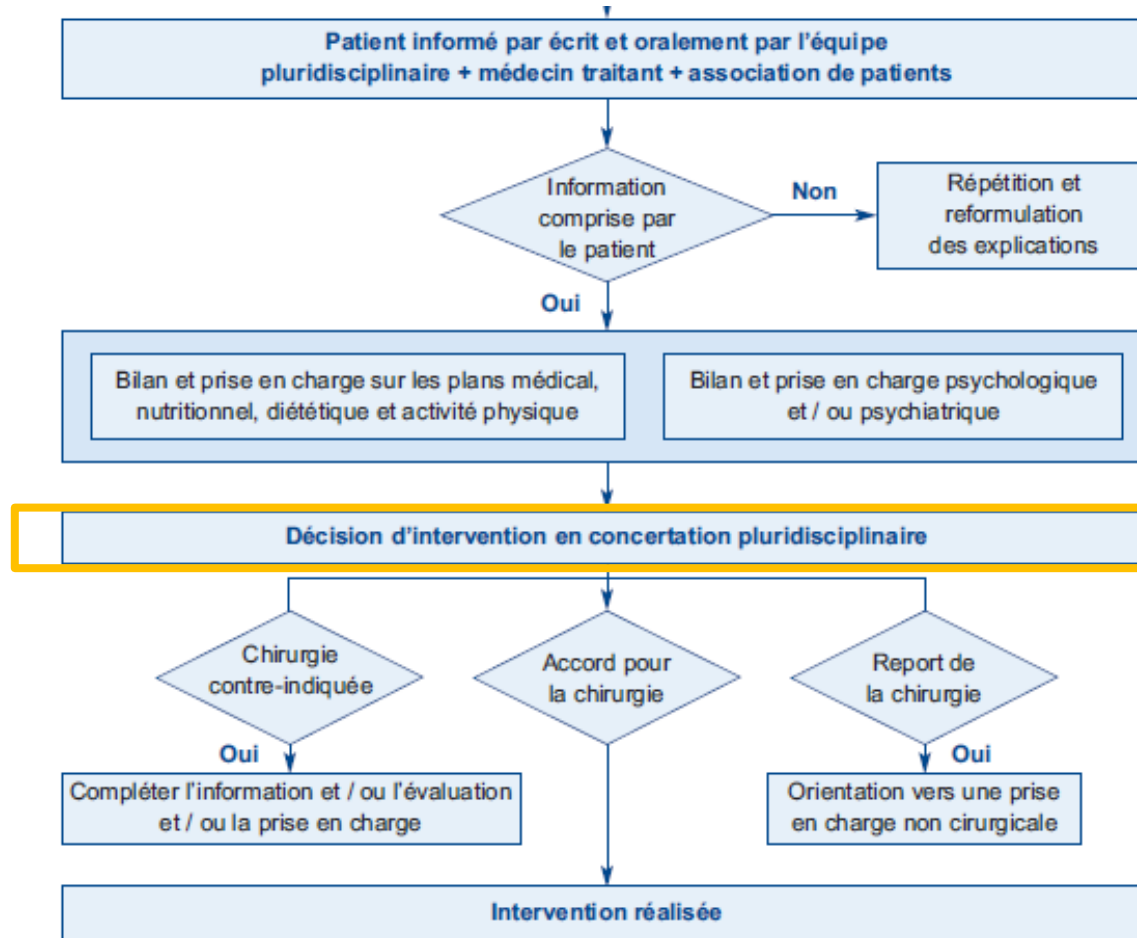
Aider le patient à se préparer aux
bouversements physiques et
psychologiques liés à l'intervention

Parcours du patient candidat à la chirurgie bariatrique

I
N
F
O
R
M
A
T
I
O
N

E
T

E
T
P



Modèle de fiche de RCP régionale

RCP : CHIRURGIE BARIATRIQUE



Lieu : Date de la RCP :

Participants présents :

Médecin endocrino / nutritionniste :

Chirurgien bariatrique:

Diététicien(ne) :

Psychiatre / psychologue:

Médecin anesthésiste :

Autres :

Participants en téléconférence ou web conférence :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Prénom : Nom marital :

Date de naissance :

Médecin référent :

HISTOIRE DU POIDS ET DE LA PRISE EN CHARGE ANTÉRIEURE À L'ENTRÉE DANS LE PARCOURS

(circonstances de prise de poids/ancienneté de l'obésité/comorbidités déjà connues)

- Date d'entrée dans le parcours :
- **IMC max** historique : **Date :**
- Résumé du parcours de prise en charge pluridisciplinaire **avant l'entrée dans le parcours**

(Précisez le type (dont ETP), les professionnels impliqués, la durée)

Exemple 1 : 2 séjours en SSR diététique en 2000 et 2010

Exemple 2 : Weight Watchers en 2000 avec perte de 10 kg puis reprise de poids en un an ; suivi diététique et coach sportif en 2005 pendant un an avec perte de 20 kg puis reprise de poids à l'arrêt du tabac

– Mode de vie :

Ex : mariée, deux enfants, travaille de nuit...

○ Soutien de l'entourage : OUI NON

○ Tabac : OUI NON

– ATCD :

○ Chirurgie bariatrique : si oui, quel type ?

○ Autre chirurgie

○ ATCD psychiatrique dont addictions

○ ATCD médicaux

DONNEES ANTHROPOMETRIQUES

Poids : Taille : IMC actuel :

Comorbidités justifiant l'indication chirurgicale

Ex: en fauteuil roulant en raison d'une coxarthrose avec refus d'intervention avant perte de poids

Conclusion à la fin de la 1^{ère} consultation

□ **Indication chirurgicale claire**

Justification :

*Ex : suivi bien structuré depuis deux ans par équipe pluridisciplinaire
IMC 40 avec DT2*

□ **Indication chirurgicale à réévaluer** après bilan des complications et période de suivi spécialisé et structuré préalable à l'entrée dans le parcours pré-chirurgical

Exemple 1 : IMC = 42 mais suivi insuffisant (échec de régime restrictif peu encadré)

Exemple 2 : IMC = 42 et troubles du comportement alimentaire à prendre en charge puis à réévaluer

Exemple 3 : IMC = 36 ; pas de complications connues mais pas de bilan récent des complications

□ **Non indication** ou **contre-indication**

Motif :

IMC = 34

Obésité syndromique

Obésité sévère (IMC = 50) schizophrénie

DONNEES DU SUIVI PRE-OPERATOIRE

Bilan des complications

Complications métaboliques :

- **Diabète Type 2 :**
 - HbA1c
 - Traitement
- **Dyslipidémie :**

Bilan cardio-vasculaire dont recherche HTA :

Bilan pulmonaire :

- **SAOS :** OUI NON IAH : Appareillé depuis
- **Autres :**

Bilan digestif :

- **RGO :** OUI NON
- **NAFLD :** OUI NON **NASH :** OUI NON

NB : Une simple stéatose à l'échographie n'est pas une complication justifiant une chirurgie pour un IMC < à 40

- Recherche Helicobacter Piloni : Eradication le cas échéant
 - **Fibroscopie**
- Biopsie gastrique

Bilan vitaminique / et TRT des carences :

Autres :

Bilan dentaire :

Bilan gynéco

- **Contraception :**

Synthèse de l'évaluation et de la prise en charge psychiatrique/psychologique

Nom : Prénom :

Synthèse :

L'évaluation psychologique et psychiatrique préopératoire doit permettre:

- *d'identifier les contre-indications psychiatriques à la chirurgie (troubles mentaux sévères, comportements d'addiction, etc.) ;*
- *d'évaluer la motivation du patient, sa capacité à mettre en œuvre les changements comportementaux nécessaires et à participer à un programme de suivi postopératoire à long terme ;*
- *d'évaluer les déterminants et conséquences psychologiques de l'obésité ;*
 - *d'évaluer si le patient a les ressources intellectuelles et les connaissances suffisantes pour fournir un consentement éclairé ;*
- *d'évaluer la qualité de vie ;*
- *de déterminer les facteurs de stress psychosociaux, la présence et la qualité du soutien socio familial.*

Cette évaluation doit être menée par un psychiatre ou un psychologue, membre de l'équipe pluridisciplinaire.

Synthèse de l'évaluation et de la prise en charge diététique

Nom : Prénom :

Existence d'un TCA et évolution depuis la prise en charge :

Synthèse :

Celle-ci détaillera les modalités de suivi (nb de séances individuelles et d'atelier), l'évolution du poids, des habitudes et du comportement alimentaire et l'acquisition des consignes postopératoires.

– Autres évaluations dont activité physique

Synthèse :

La synthèse détaillera les modalités de suivi, l'évolution de la pratique de l'activité physique et des projets en post-opératoires.

Parcours éducatif :

– Patient ayant bénéficié d'une information pré-opératoire traçable OUI NON

○ information sur la grossesse / contraception OUI NON

– Préparation multidisciplinaire en ETP: OUI NON

Si oui, précisez les modalités

– Motivation et investissement du patient :

Synthèse de l'acquisition des compétences :

Exemple : a suivi tout le parcours avec assiduité, a bien compris l'alimentation post opératoire, a commandé ses vitamines ; nécessité de surveiller l'encadrement du sport en post opératoire...

AVIS FINAL DE LA RCP

Résumé des données du parcours

Exemple : Obésité massive (IMC max = 50) compliquée d'HTA, SAOS, NASH, diabète et lombalgie. Très bon suivi préopératoire. Bonne indication de BY-PASS gastrique. Prévoir un régime basse calorie en préopératoire...

Indication chirurgicale retenue

Type d'intervention

- GASTRIC BY PASS
- SLEEVE GASTRECTOMIE
- AUTRE :

Indication chirurgicale récusée :

Motif :

Exemple : mauvaise adhésion au parcours et pas d'arrêt du tabac

Propositions :

- **Poursuite de la préparation indispensable par :**

Cycle ETP	OUI	NON
Perte de poids	OUI	NON

- **Examens/Evaluation complémentaire indispensables avant chirurgie :**
- **Autre modalité non chirurgicale de prise en charge :**

CR adressé au médecin traitant par courrier à l'issue de la RCP: Dr ...

Copie du CR enregistrée dans le dossier du patient

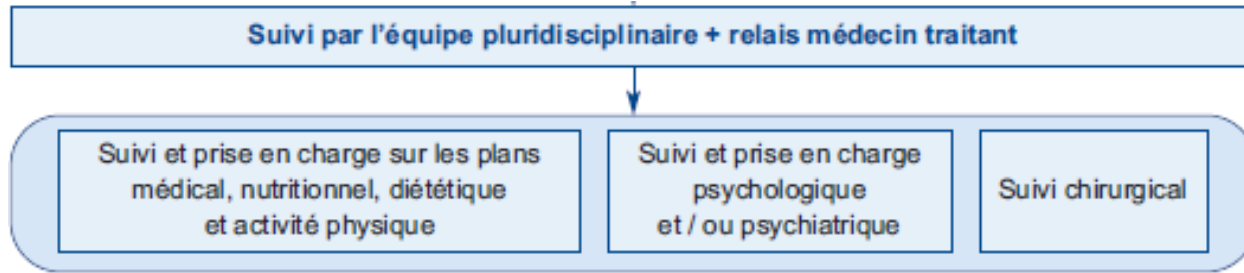
Compétences des chirurgiens

Il est recommandé que la technique opératoire soit réalisée par un chirurgien justifiant d'une formation spécifique en chirurgie laparoscopique et en chirurgie bariatrique, travaillant au sein d'une équipe pluridisciplinaire ou d'un réseau d'établissements. L' équipe pluridisciplinaire ou le réseau d'établissements doivent:

- avoir l'expertise de la prise en charge de l'obésité morbide
- être en mesure de proposer aux patients les différentes techniques de chirurgie bariatrique

Label PACO: Label SOFFCOM Seuil de 50 actes / an
Obtenu ou en cours d'obtention

Parcours du patient candidat à la chirurgie bariatrique



Label PACO:

Justifier d'une organisation structurée et effective du suivi post-chir (modalités, rappels...)

Suivi la vie durant

Le suivi et la prise en charge du patient après chirurgie bariatrique sont assurés par l'équipe pluridisciplinaire qui a posé l'indication opératoire, en liaison avec le médecin traitant (accord professionnel)

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

Les patients devraient être vus au moins **4 fois la première année, puis au minimum 1 ou 2 fois par an après**

La fréquence des visites devrait être adaptée à la procédure et au patient (accord professionnel).

- Le parcours -

Une équipe pluridisciplinaire
Médecin, chirurgien, diététicien(ne),
psychologue, infirmier(ère), professionnel APA...

Evaluation pluridisciplinaire
Validation de l'indication

Consultations régulières
Diététique / psychologue / APA

Consultations médicales et
bilans paracliniques

Ateliers collectifs

Association de
patients

Education obésité

Education préparation à
la chirurgie

Parcours de préparation

6 à 12 mois

RCP

Chirurgie

Au moins 1 fois/an bilan médical + nutritionnel

M+12 : bilan médical + nutritionnel

M+6 : bilan médical + nutritionnel

M+3 : bilan médical + nutritionnel

Consultations psychologue / psychiatre
selon les besoins

Education post
chirurgie

Médecin traitant

Education post
chirurgie

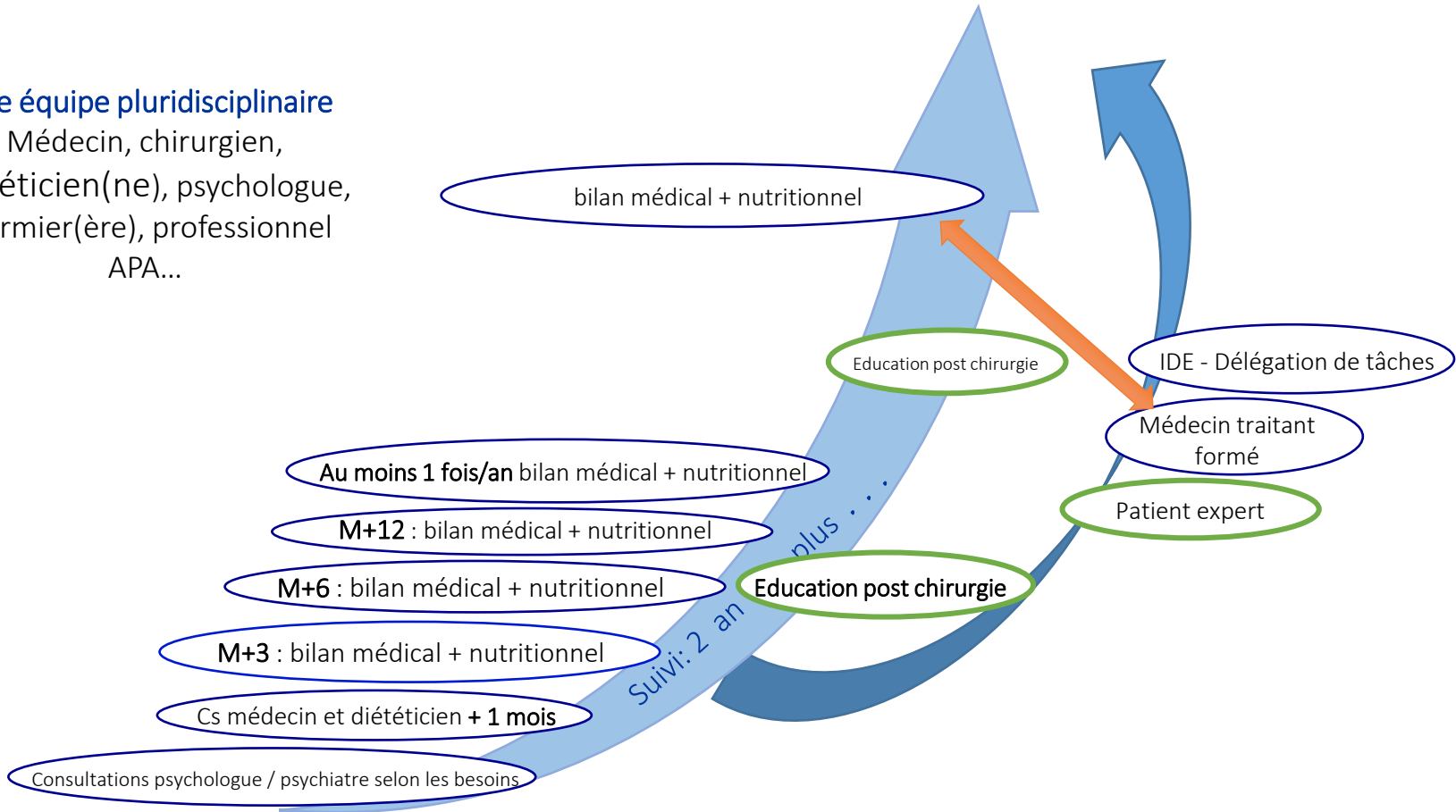
Suivi: 2 an et plus . . .

Cs médecin et diététicien + 1 mois

- Parcours de soins -

Une équipe pluridisciplinaire

Médecin, chirurgien,
diététicien(ne), psychologue,
infirmier(ère), professionnel
APA...



Renforcer la qualité de l'évaluation préopératoire et de l'éducation préopératoire

Respect des indications de la chirurgie bariatrique

Contre-Indications de la chirurgie bariatrique

Evaluation et prise en charge préopératoires pluridisciplinaires

Informations du patient candidat à la chirurgie bariatrique

Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique

- Compétence éducative sur la chirurgie elle-même
- Compétences psychologiques
- Compétences Diététique et activité physique