

Année 2024

2024 TOU3 1111

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

PASSALACQUA Fanny

Mardi 8 octobre 2024

ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES DE SUIVI DES PATIENTS AYANT SUBI UNE OPÉRATION BARIATRIQUE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Directeur de thèse : Dr Jean-Christophe POUTRAIN

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Président

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Assesseur

Madame la Docteur Fabienne CALVIÈRE-LANO

Assesseur



FACULTE DE SANTÉ

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine

2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADJOU Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHIZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire Associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVALD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEM Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHALFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHALUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERS Florence (C.E)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jil	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatma	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie
	Professeurs Associés de Médecine Générale
	M. ABITTEBOUL Yves
	M. BIREBENT Jordan
	M. BOYER Pierre
	Mme FREYENS Anne
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	Mme LATROUS Lella
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	Professeurs Associés Honoraires
	Mme MALAVALD Sandra
	Mme PAVY LE TRACON Anne
	M. SIBAUD Vincent
	Mme WOISARD Virginie

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétiq	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chibé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétiq	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibaut	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUERA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétiq
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOLLAU Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emille
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

REMERCIEMENTS

Remerciements aux membres du jury :

Au président du jury :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

C'est un honneur pour moi que vous ayez accepté de présider mon jury de thèse, je vous en remercie. Je vous remercie également pour votre investissement et votre dévotion dans l'enseignement des internes de médecine générale.

À mon directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Jean Christophe POUTRAIN,

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté de diriger ma thèse, de m'avoir accompagné et soutenu durant ces derniers mois d'aboutissement des études de médecine. Je sais haut combien vous êtes investi dans la formation des internes et pour cela je vous en suis encore plus reconnaissante. Votre soutien et votre patience m'ont été d'une aide précieuse.

Aux membres du jury :

Madame la Docteur Fabienne CALVIÈRE :

Mon internat s'achève à tes côtés. Je ne te remercierai jamais assez pour ta bienveillance et ton soutien. Merci également à Laurent pour tous ces merveilleux repas passés en votre compagnie. Je ne pouvais pas mieux finir ces études qu'à vos côtés.

Remerciements personnels :

À l'équipe médicale des urgences du Centre Hospitalier de Castres :

Que d'angoisse à l'idée de débiter cet internat de médecine générale par les urgences ! Mais je ne regrette rien. Grâce à vous, ces premiers mois d'internat auront été riches en émotion et en apprentissages. La pandémie du Covid marquera à jamais ce souvenir sans en ternir l'image. Merci pour cette aventure et ces rencontres.

À l'équipe médicale du service de Gériatrie, de soin palliatif et de l'HAD du Centre hospitalier de Foix :

Merci pour ces quelques mois passés à vos côtés. Merci au Dr Lawrence BORIES, au Dr Christine MALICK-LOISEAU et au Dr Marie Laure PADER de m'avoir fait découvrir la pratique fascinante et complexe de la gériatrie. Merci au Dr Thomas BOUSSATON et à toute l'équipe de l'HAD d'avoir partagé avec moi leur approche empathique dans l'accompagnement et la prise en charge des patients palliatifs.

Au Docteur Murielle DURAND et au Dr Cyrille GOUNOT :

Vous m'avez fait découvrir ce qu'était le travail de médecin généraliste. Grâce à vous, j'ai pu m'épanouir en tant que futur médecin généraliste. Nos échanges et discussions m'ont permis de développer mon sens critique et d'améliorer ma prise en charge. Merci pour votre temps et vos précieux conseils.

À mes parents,

Vous m'avez soutenu depuis le début de ces longues et fastidieuses études. Je sais que vous doutiez de ma capacité à réussir, mais à aucun moment vous ne m'avez abandonnée. Je ne serai pas arrivée jusqu'ici sans vous. Cette réussite est avant tout la vôtre et je ne pourrai jamais assez vous remercier pour tout l'amour et le soutien que vous me donnez chaque jour.

À Louise,

Ma sœur de cœur. On ne choisit pas notre famille, mais tu fais partie de la mienne. Voilà déjà plus de 20 ans qu'on se supporte, qu'on se soutient. Merci d'être ce que tu es. Je suis fière de voir la femme que tu es devenue et du lien qui nous unit.

À Barnabé,

Cela fait presque 9 ans que tu me supportes. Tu es entré dans ma vie au début de ces études et tu ne m'as jamais quitté malgré les difficultés que la médecine nous a imposées. Ma réussite est en grande partie la tienne. Merci d'avoir été présent à chaque instant et de m'aimer comme tu le fais. Je t'aime.

À ma famille,

Oncles, tantes, cousins, cousines et tous ceux qui se reconnaîtront dans ce message, merci pour votre amour, votre soutien, votre compassion durant ces études et tout au long de ma vie.

À Alexandra et Frédéric,

Vous m'avez adopté comme votre 3^e enfant. Je ne vous remercierai jamais assez pour tous ces bons moments passés ensemble et pour tout l'amour que vous m'avez donné.

À Pascale, Xavier et Anatole,

Je ne pouvais pas rêver mieux comme belle-famille. Merci de m'avoir accueilli à bras ouvert et pour tous ces merveilleux moments passés à vos côtés. J'espère qu'il y en aura encore d'autres !

À Camille et Somaly,

Que d'aventures vécues ensemble ! Ce début d'étude n'aurait pas été pareil sans vous. Bien que la vie nous ait éloignés géographiquement, vous restez chères à mon cœur et chaque retrouvailles sont un vrai bonheur.

À Marie,

Notre amitié a débuté au collège et n'a cessé d'évoluer au fil du temps. Nous avons suivi le même parcours, mais en des lieux et des temps différents et pourtant tu es toujours là. J'ai hâte de découvrir ce que l'avenir nous réserve.

À ma team Tchouki,

Malory, Léa, Ambre, Aurélie, Morgane, Antoine, Joffrey, Tim, Yann... Si je ne devais retenir qu'une seule chose de cet internat, ce serait votre rencontre. Vous avez égayé ces dernières années par votre bonne humeur, votre bienveillance et votre solidarité. Je suis plus qu'honorée de vous avoir comme amis.

À Emilie,

Mon coup de cœur. Notre relation a littéralement commencé par un coup de foudre amical. Tu es un vrai rayon de soleil. Ma petite boule d'énergie. Ce voyage à la Réunion n'aura fait que confirmé ce qu'on savez déjà. Hâte de vivre de nouvelles aventures à tes côtés.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Table des matières

I. INTRODUCTION	4
A. Définition et mesure de l'obésité.....	4
B. Conséquences médicales	4
C. Prise en charge de l'obésité	5
1. Modification du mode de vie.....	5
2. Approche médicamenteuse.....	5
3. Approche chirurgicale	5
D. Contexte actuel	6
1. Concernant l'obésité.....	6
2. Concernant les opérations bariatriques.....	7
E. Le but de l'étude	7
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	8
A. Type de l'étude	8
B. Population cible	8
C. Recherches bibliographiques.....	8
D. Recueil et traitement des données	9
E. Cadre Légal.....	9
III. RÉSULTATS	10
A. Participation à l'étude.....	10
B. Caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes	11
C. Prise en charge des patients bariatriques	12
1. En pré opératoire	12
2. Prise en charge postopératoire.....	14
3. Suivi au long terme.....	17
IV. DISCUSSION.....	20
A. Principaux résultats	20
B. Comparaison avec la Littérature.....	20
1. Représentativité de notre échantillon	20
2. Connaissances et pratiques en préopératoire	21
4. Prise en charge postopératoire.....	22

6. Suivi à Long Terme	24
C. Forces de notre étude	25
D. Limites et biais de notre étude	26
E. Ouverture	26
V. CONCLUSION	28
VI. BIBLIOGRAPHIE	29
VII. ANNEXES	32

ABRÉVIATIONS

AVC : Arrêt vasculaire cérébral

CNIL : Commission National de l'Informatique et des Libertés

CPP: Comité de Protection des Personnes

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DRESS: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DT2 : Diabète de type 2

DUMG : Département Université de Médecine Générale

HAS : Haute autorité de santé

HTA : Hypertension artérielle

IMC : Indice de masse corporelle

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

OMS : Organisation mondiale de la santé

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

PNNS : Plan National Nutrition Santé

RGO : Reflux gastro-œsophagien

RHD : Règles hygiéno-diététiques

SAOS : Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil

TCA : troubles du comportement alimentaire

I. INTRODUCTION

A. Définition et mesure de l'obésité

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit le surpoids et l'obésité comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse, qui nuit à la santé » (1). Il s'agit d'une maladie chronique, liée au dysfonctionnement du tissu adipeux.

L'indice de masse corporelle (IMC), exprimé en kg/m^2 , est l'outil principal pour évaluer le surpoids et l'obésité. Un IMC supérieur ou égal à $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ indique un surpoids, tandis qu'un IMC de $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ou plus indique une obésité, laquelle est subdivisée en trois classes de gravité (modérée, sévère, morbide) (2). (Voir Annexe 1)

L'IMC n'étant pas une mesure directe de l'adiposité, il doit être interprété avec précaution, en tenant compte des caractéristiques morphologiques et musculaires des individus. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), l'évaluation des risques pour la santé liés au surpoids et à l'obésité doit se baser sur l'IMC et le tour de taille (2).

B. Conséquences médicales

L'obésité, en tant que maladie chronique et évolutive, augmente la morbidité et la mortalité. Elle contribue aux maladies cardiovasculaires telles que l'hypertension artérielle (HTA), l'athérosclérose, les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et l'insuffisance cardiaque (3).

Les perturbations métaboliques associées à l'obésité conduisent souvent au diabète de type 2 (DT2). En France, parmi les 3 millions de personnes touchées par le DT2, 41 % d'entre elles (soit environ 1,2 million) sont affectées par l'obésité (4).

Le système respiratoire est également touché, avec une prévalence élevée du syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) et de l'asthme. En effet, 58 % des individus en situation d'obésité sont touchés par le SAOS (5) (6).

Le système digestif subit des complications comme le reflux gastro-œsophagien (RGO), les lithiases biliaires et la stéatose hépatique non alcoolique.

Les articulations sont mises à rude épreuve, augmentant le risque d'arthrose et de chirurgies articulaires.

L'obésité est également liée à certains cancers, représentant environ 19 000 nouveaux cas en 2015 en France (soit 5,4 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers) (7).

Enfin, surpoids et obésité affectent la santé mentale, provoquant des problèmes d'estime de soi, de dépression et d'anxiété, compliquant les efforts pour perdre du poids et adopter un mode de vie sain (8).

C. Prise en charge de l'obésité

1. Modification du mode de vie

Selon les directives de la HAS, un patient en surpoids doit être pris en charge par son médecin traitant avec pour objectif une réduction de 5 à 15 % de son poids initial. Cette prise en charge vise à atténuer les comorbidités et à améliorer la qualité de vie grâce à un suivi à long terme. Les consultations régulières incluent des séances d'éducation diététique, des conseils sur l'activité physique, un suivi psychologique et médical. (9) (10)

2. Approche médicamenteuse

Au cours des dernières décennies, de nombreux traitements médicamenteux ont vu le jour afin de traiter l'obésité. En raison d'effets secondaires graves, ils ont dû être retirés après mise sur le marché. En France, seul l'Orlistat restait disponible, mais son efficacité est faible en comparaison au placebo, il n'est pas remboursé et n'est pas inscrit dans les recommandations cliniques de bonnes pratiques HAS (11). Une nouvelle génération de médicament anti-obésité sont en actuellement en cours d'étude.

3. Approche chirurgicale

1. *Les différentes opérations bariatriques (12) (voir Annexe 2)*

Le bypass gastrique consiste à créer une petite poche dans la partie supérieure de l'estomac, réduisant la quantité de nourriture que le patient peut consommer. Une déviation intestinale, appelée anse en Y, est effectuée pour réduire l'absorption des nutriments.

La sleeve gastrectomie, implique la résection d'une grande partie de l'estomac pour former un tube ou « sleeve » plus étroit. Cette procédure réduit la capacité de l'estomac d'environ 75 % et régule les hormones de la faim, contribuant ainsi à la perte de poids.

L'anneau gastrique, intervention moins invasive, consiste à placer un anneau réglable autour de la partie supérieure de l'estomac. Cela crée une petite poche limitant l'apport alimentaire.

Cette méthode est réversible, permettant un ajustement de l'anneau en fonction des besoins du patient.

2. Avantages et risques associés à la chirurgie bariatrique

La perte de poids importante due à des procédures comme le bypass gastrique ou la sleeve (10 % le premier mois, 20 à 30 % à 3 mois) peut améliorer la santé globale avec une réduction des comorbidités liées à l'obésité. (13)

Ces interventions comportent des complications postopératoires aiguës comme les infections et les saignements, ainsi que des problèmes digestifs.

Les complications spécifiques incluent des risques rares de dilatation œsophagienne et de RGO avec l'anneau gastrique, des risques de fistule gastrique, de dilatation du tube gastrique et de reflux avec la sleeve, et des effets indésirables à long terme avec le bypass, tel que des occlusions, des ulcères, des hypoglycémies hyperinsulinémiques, le dumping syndrome et des carences nutritionnelles sévères. Ces dernières peuvent entraîner des anémies, des ostéoporoses et des complications neurologiques. (14)

La perte de poids rapide peut affecter l'estime de soi, les perceptions corporelles et les dynamiques émotionnelles. Certains patients peuvent faire face à des troubles de l'image corporelle, de l'anxiété ou de la dépression pouvant amener parfois au suicide.

D. Contexte actuel

1. Concernant l'obésité

Depuis 1975, le nombre de cas de surpoids et obésité a triplé à l'échelle mondiale. En 2016, plus de 1,9 milliard d'adultes étaient en surpoids, soit 39 % de la population adulte mondiale, dont plus de 650 millions étaient obèses (13 %). En France, selon l'étude Obepi-Roche 2020 (15)(Annexe 3), 47,3 % de la population était en surpoids, avec 17 % d'obèses. L'OMS prévoit que d'ici 2030, 25 à 29 % des adultes français seront obèses. (15) (16)

L'excès pondéral est la cinquième cause de décès mondiale, avec plus de 2,8 millions de morts annuelles. En 2016, les personnes en surcharge pondérale avaient une espérance de vie réduite d'un an en moyenne, cette réduction augmentant avec le poids. Une obésité modérée réduit l'espérance de vie de trois ans, et une obésité sévère de dix ans. En France, l'obésité et ses complications peuvent réduire l'espérance de vie 2,3 ans en moyenne. (17)(18) (Annexe 4)

Face à cette épidémie, l'État français a mis en place depuis 2001 le Programme national nutrition santé (PNNS). Ce plan a pour but d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur la nutrition, l'activité physique et l'hygiène de vie. Le 4^e PNNS a été lancé en 2019. Il a pour objectif de diminuer de 20 % la fréquence de surpoids et d'obésité chez les enfants et adolescents, de stabiliser le surpoids des adultes et de réduire l'obésité de 15 %. (19)

2. Concernant les opérations bariatriques

Avec l'augmentation des cas d'obésité, la chirurgie bariatrique a considérablement progressé. De 2003 à 2018, environ 6,5 millions d'interventions chirurgicales ont été réalisées dans le monde. En France, le nombre d'interventions bariatriques est passé d'environ 3000 par an en 1997 à plus de 60 000 en 2016. (20)

E. Le but de l'étude

Le nombre d'opérations bariatriques réalisées ayant grandement augmenté, tout médecin généraliste sera amené à prendre en charge des patients ayant eu recours à ce type de chirurgie.

Bien que des recommandations aient été mises en place par la HAS pour les médecins généralistes, sont-elles connues et appliquées correctement ?

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les pratiques de suivi des patients ayant réalisé une opération bariatrique par les médecins généralistes installés en Occitanie.

Notre objectif secondaire était de chercher à mettre en évidence l'impact des chirurgies bariatriques sur le suivi des pathologies chroniques du patient.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne diffusé auprès des médecins généralistes d'ex-région Midi-Pyrénées.

B. Population cible

L'étude a été réalisée chez des médecins généralistes installés et avait pour cible les patients en surpoids ou en obésité candidats à la chirurgie bariatrique. Elle ne s'appliquait qu'aux médecins généralistes exerçant en soin premier en libéral ou salarié. N'étaient pas inclus les médecins spécialistes d'une discipline autre que la médecine générale, les médecins généralistes n'exerçant pas en soin premier, les internes et les médecins remplaçants.

Le recrutement a été réalisé via les bases de données du DUMG de Toulouse Rangueil, des maisons médicales de gardes et des PDSA des différentes régions, des CPTS ainsi que sur la base du volontariat. Les médecins ont été contactés par mail. Le sujet de l'étude n'était pas connu des médecins avant l'envoi du mail.

C. Recherches bibliographiques

Le questionnaire a été réalisé à la suite de recherches bibliographiques ayant servi pour mon mémoire. Celui-ci abordait la place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients dans le cadre de la chirurgie bariatrique.

La recherche bibliographique en lien avec ce travail n'a concerné que des textes en français et en anglais à partir :

- De moteurs de recherche type : Google Scholar, PubMed, EM Scholar, Kit Medical
- La littérature grise telle que les recommandations de sociétés scientifiques (INSERM), les rapports d'organismes internationaux (OMS) et/ou nationaux (HAS, ANSM, Hôpitaux)...

D. Recueil et traitement des données

Le questionnaire (Annexe 5) a été réalisé sur le site Google Form. Il comportait 24 questions : 9 questions à réponse unique et 15 questions à réponses multiples. Il était divisé en 4 parties :

- Les 5 premières questions avaient pour objectif de décrire la population interrogée en recueillant les caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe, zone d'exercice, département d'exercice, nombre de patients bariatriques suivis.
- La deuxième partie comportait 5 questions et abordait la prise en charge et l'information des patients en état d'obésité souhaitant avoir recourt à une opération bariatrique : les indications et contre-indications, les comorbidités pouvant être impactées, la grossesse.
- La troisième partie comportait 7 questions en rapport avec la prise en charge postopératoire des patients : la fréquence de suivi, la mise en place ou non de consultations dédiées, les bilans et suppléments, les adaptations de traitement.
- Les 7 dernières questions concernaient le suivi au long court des patients opérés, les complications à surveiller et les examens de suivi à réaliser ainsi que les adaptations médicamenteuses.

Le recueil des données a été réalisé entre le 10 avril 2024 et le 06 juin 2024 avec une relance le 29 mai 2024. Les questions avaient toutes un caractère obligatoire et étaient toutes anonymes.

Le recueil centralisé des données s'est fait via la plate-forme GoogleForm. Grâce à cet outil, les données ont été directement disponibles sous forme statistique et enregistrées anonymement.

La majorité des résultats a été analysée de manière descriptive à partir de notre base de données sur tableur.

Lors des analyses descriptives, les variables qualitatives sont exprimées en termes d'effectif et de pourcentage.

E. Cadre Légal

Dans le cadre légal d'une démarche éthique, une déclaration simplifiée de conformité par une méthodologie type MR-4 a été adressée à la CNIL et validée.

Notre étude étant « Hors Loi Jardé », elle ne nécessitait pas de passage devant un comité de protection des personnes (CPP).

III. RÉSULTATS

A. Participation à l'étude

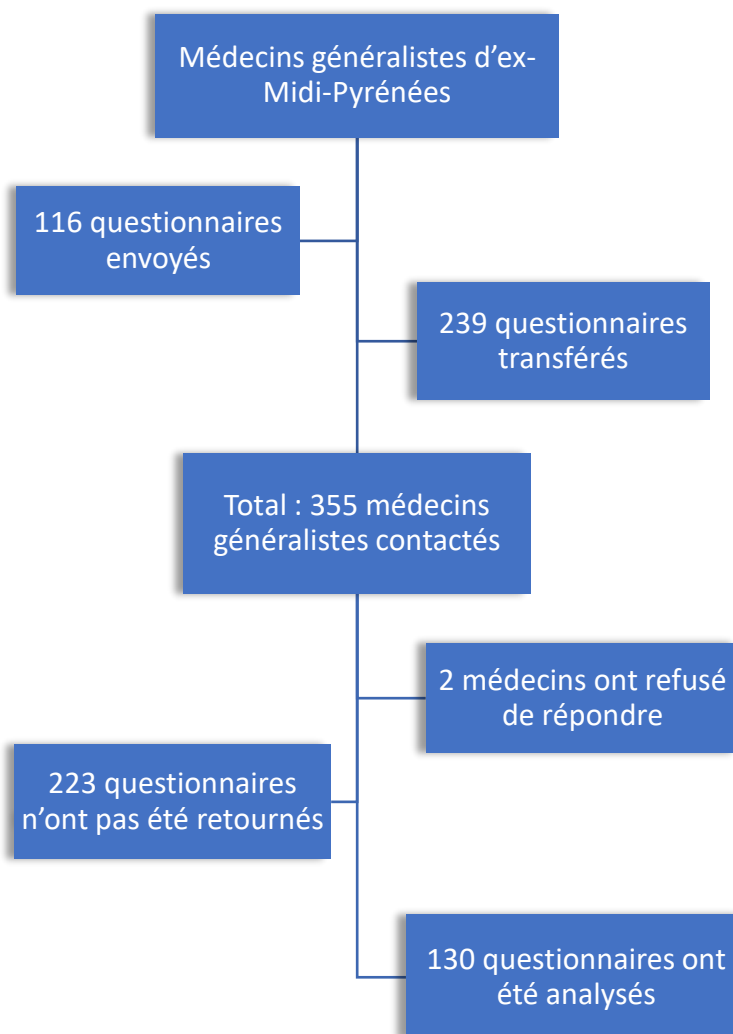


Figure 1 : Diagramme de Flux

Nous avons fait parvenir par mail le questionnaire à 116 médecins généralistes répartis sur le territoire d'ex-Midi-Pyrénées.

Notre lien électronique a été transféré à 239 autres médecins généralistes. N'ayant pas pu récupérer toutes les adresses mail des médecins à qui le questionnaire a été transféré, des doublons sont possibles.

On estime que notre questionnaire est parvenu au total à environ 355 médecins généralistes ; 130 d'entre eux ont répondu soit 36,6 % de participations.

B. Caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes

	Effectif	Pourcentage
Sexe		
Homme	40	30,8 %
Femme	90	69,2 %
Âge		
25-35 ans	27	20,8 %
36-45 ans	39	30 %
46-55 ans	39	30 %
56-65 ans	20	15,4 %
>65 ans	5	3,8 %
Milieu d'exercice		
Rural	36	27,7 %
Semi-Urbain	63	48,5 %
Urbain	31	23,8 %
Département d'exercice		
Ariège	29	22,31 %
Aude	11	8,46 %
Aveyron	6	4,61 %
Haute-Garonne	57	43,85 %
Gers	9	6,92 %
Hautes-Pyrénées	1	0,77 %
Tarn	16	12,31 %
Tarn-et-Garonne	1	0,77 %

Tableau 1 : Description de la population

L'analyse des éléments démographiques de notre échantillon montrait un taux de médecins femmes plus important que celui des hommes (69,2 % contre 30,8 %).

La tranche d'âge la plus représentée était celle des 36-45 ans et des 46-55 ans avec chacun 30 % de participations.

La majorité des médecins ayant répondu au questionnaire exercent en zone semi-rurale (48,5 %) et principalement en Haut Garonne (43,85 %).

C. Prise en charge des patients bariatriques

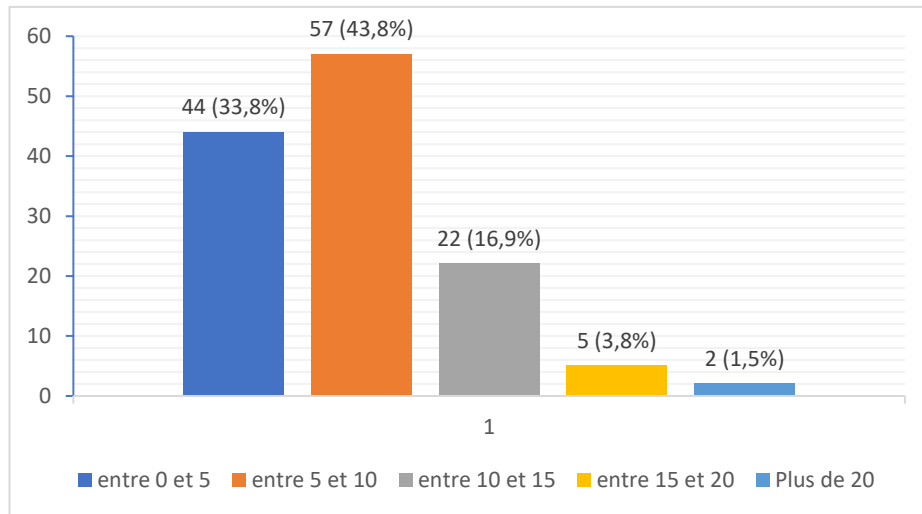


Figure 2 : Nombre de patients bariatriques suivis par médecin généraliste

Sur les 130 médecins répondeurs, 57 d'entre eux (43,8 %) suivent entre 5 et 10 patients en post-chirurgie bariatrique, 44 médecins (33,8 %) suivent 5 patients ou moins et 22 médecins (16,9 %) suivent entre 10 et 15 patients opérés.

À la question « *Pesez-vous vos patients régulièrement ?* », on constate que 84 médecins (64,6 %) pèsent leurs patients de façon systématique à chaque consultation, et que 42 médecins (32,3 %) ne les pèsent qu'une à deux fois dans l'année.

1. En pré opératoire

Nous avons ensuite questionné les médecins sur leurs connaissances concernant les indications et contre-indications aux opérations de chirurgie bariatrique.

Concernant les indications, nous avons considéré que les médecins ayant répondu à au moins 3 items sur 4 étaient au fait des recommandations de la HAS. On remarque ainsi que 101 médecins sur les 130 (77,7 %) connaissent les indications aux opérations bariatriques.

De même pour les contre-indications, les médecins ayant répondu à 3 items ou moins sur les 5 proposer étaient considérés comme non savants des recommandations de la HAS. On peut alors considérer que 74,6 % (n=97) des médecins sont à jour des contre-indications aux chirurgies bariatriques.

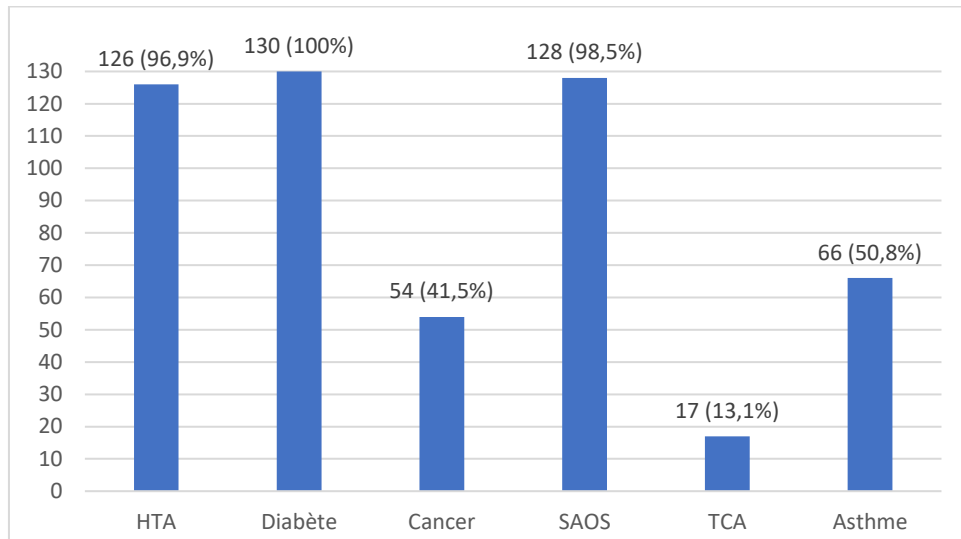


Figure 3 : Comorbidités impactées par l'opération selon les médecins généralistes

En ce qui concerne les différentes comorbidités impactées par l'opération la quasi-totalité des médecins (>97 %) est d'accord sur le fait que la chirurgie améliore l'HTA, le diabète et le SAOS. Les avis sont plus mitigés concernant l'impact que l'opération pourrait avoir sur la survenue de cancer, les troubles du comportement alimentaire (TCA) et l'asthme.

Au sujet de la contraception et d'une éventuelle grossesse chez les patientes souhaitant procéder à la chirurgie ou ayant été opérées :

- Un peu plus de la moitié des médecins (57,7 %, n=75) sont informés du délai recommandé pour débuter une grossesse après une chirurgie bariatrique (12-18 mois).
- 45,4 % des médecins (n=59) privilégient une contraception réversible de longue durée d'action (implant, DIU).
- 66,2 % des médecins (n=86) préconisent un suivi nutritionnel spécifique avant la conception, pendant la grossesse et après l'accouchement.
- Seuls 40,8 % des médecins (n=53) informent leurs patientes de l'apparition fréquente de complications nutritionnelles en cas de grossesse survenant dans les 18 mois post-chirurgie et de leurs impacts nocifs pour la mère ou le bébé.
- 58,5 % des médecins (n=76) réalisent un bilan biologique 3 mois post-accouchement ainsi qu'une consultation avec un médecin nutritionniste.
- 32 médecins sur 130 (24,6 %) ne savent pas répondre à leurs patientes et les orientent vers un spécialiste pour plus d'informations.

2. Prise en charge postopératoire

Sur les 130 médecins participants, seuls 14 médecins (10,8 %) ont répondu avoir systématiquement des consultations dédiées au suivi postopératoire de leurs patients. La grande majorité des répondants (61,5 %, n=80) affirme effectuer une consultation de suivi uniquement si le patient n'est pas suivi ailleurs pour sa chirurgie bariatrique. Plus d'un quart (27,7 %, n=36) n'ont en revanche aucune consultation dédiée spécifiquement au suivi de la chirurgie.

Parmi les 94 médecins ayant affirmé effectuer une consultation de suivi post chirurgie bariatrique :

- 93,6 % (n=88) déclaraient surveiller la perte/reprise de poids ainsi que les différentes comorbidités associées à l'obésité ou au surpoids.
- Le même nombre abordait de façon systématique les règles hygiéno-diététiques (RHD).
- L'activité physique était également discutée dans 96,8 % des cas (n=91).
- 84 médecins (89,4 %) ont dit rester vigilants à la recherche de troubles psychiques.
- Seuls 40 médecins sur les 94 (42,6 %) rappellent lors de ces consultations de suivi les différents signes d'alertes devant faire consulter en urgence.

On constate que 43,1 % des médecins (n=56) prescrivent un bilan biologique tous les 3 mois la première année. Un médecin sur cinq (20 %) effectue une surveillance bi annuelle. Pour plus d'un tiers des praticiens (36,2 %), aucun bilan n'est prescrit au cours de cette première année, le suivi étant réalisé par l'équipe hospitalière.

L'ordonnance de bilan comporte, dans plus de 70 % des cas : le bilan hépatique, l'albumine, le calcium, les vitamines D, B9, B12 et la ferritine. Les autres éléments du bilan standard : NFS, plaquette, ionogramme, bilan lipidique, glycémie, créatinine et TSH n'ont pas été proposés dans les choix de réponse, mais certains éléments ont été spontanément rajoutés par moins de 10 % des médecins dans la réponse « autre ».

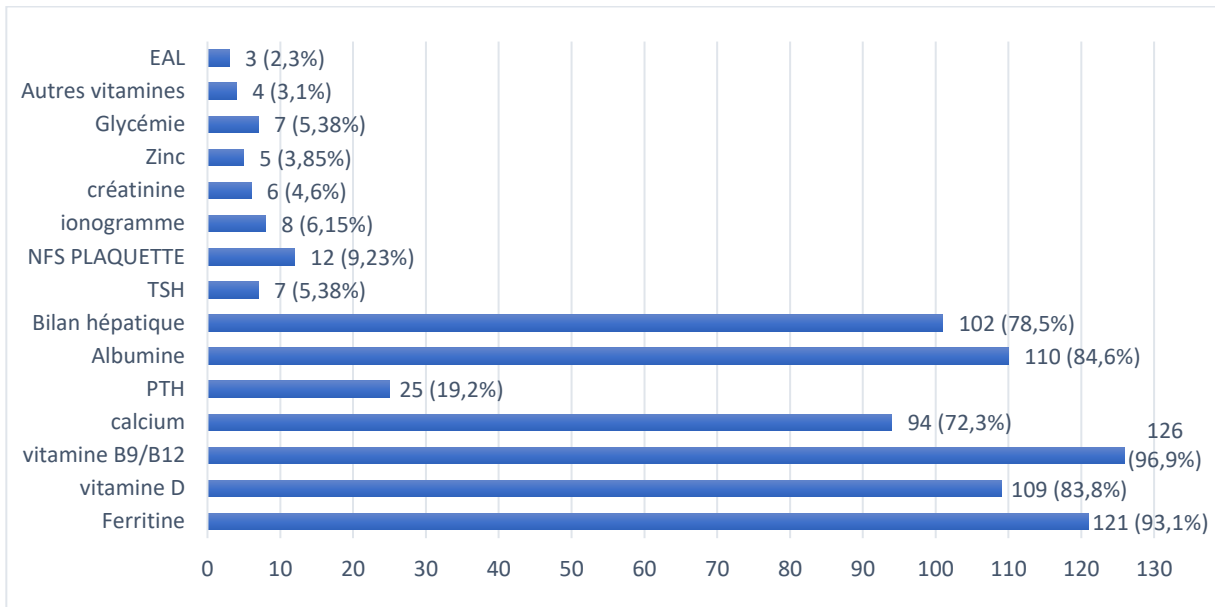


Figure 4 : Éléments du bilan biologique prescrit par les médecins généralistes

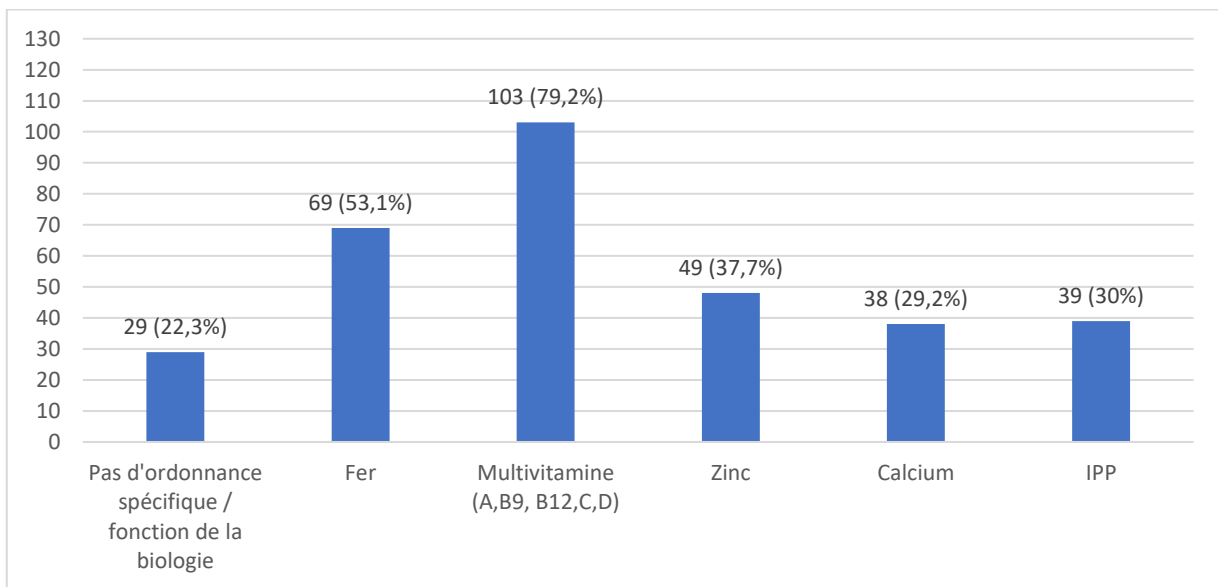


Figure 5 : Éléments prescrits sur l'ordonnance de suivi

Lors de ces consultations, 79,2 % des médecins (n=103) prescrivent de façon systématique des compléments multivitaminiques (vitamine A, B9, B12, C, D) et 53,1 % (n=69) une supplémentation en fer. Sur les 130 médecins, 22,3 % (n=29) affirment ne pas donner d'ordonnances spécifiques (celle-ci étant prescrite par le chirurgien) ou bien adapter leur prescription en fonction du bilan biologique.

À la question « *Quels conseils concernant l'alimentation donnez-vous aux patients opérés ?* » :

- 105 médecins sur 130 (80,8 %) conseillent à leurs patients de manger des petites quantités avec la possibilité de fractionner les prises alimentaires
- 85,4 % (n=111) incitent leurs patients à bien mastiquer et manger lentement (minimum 30 minutes par repas)
- Seuls 43,1 % des médecins (n=56) informent leurs patients concernant les aliments prioritaires (les sources de protéines et calcium)
- 61 médecins (46,9 %) conseillent à leurs patients d'éviter de boire 30 minutes avant le repas, et jusqu'à 30 minutes après la fin du repas
- 60,8 % des médecins (n=79) préconisent de ne pas s'allonger après le repas,
- 80,8 % (n=105) leur conseillent d'éviter les boissons gazeuses ou hypercaloriques,
- 80 % (n=104) des médecins préconisent d'éviter les aliments riches en sucre simples et/ou en graisses
- Seuls 7,7 % des médecins (n=10) n'abordent pas le sujet.

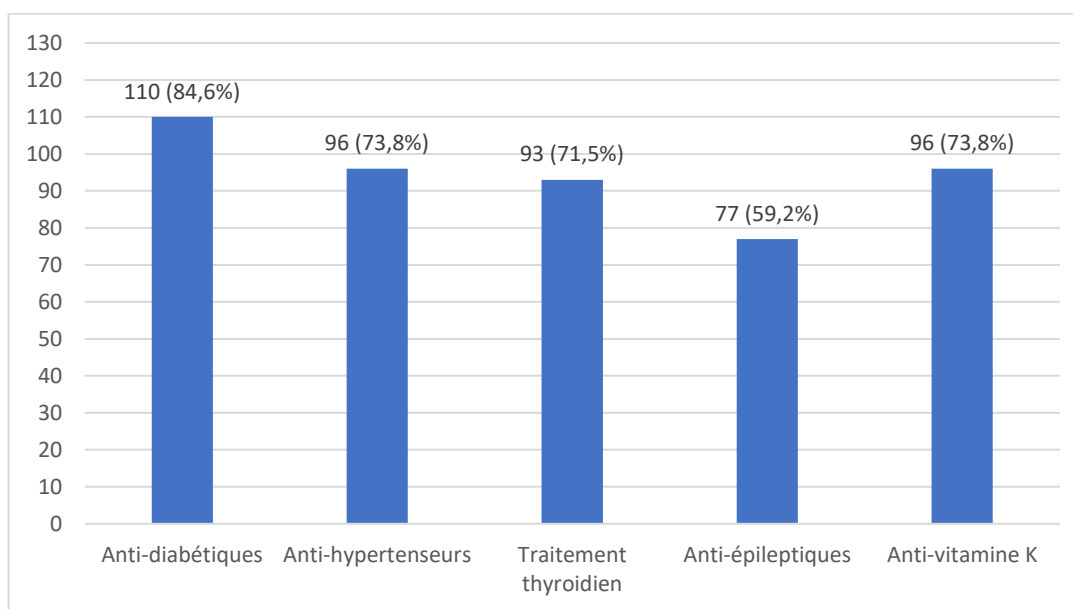


Figure 6 : Traitements adaptés par les médecins généralistes

La grande majorité des médecins généralistes adaptent leurs prescriptions de traitement dans les suites d'une opération bariatrique. Les traitements antidiabétiques sont les traitements les

plus modifiés (84,6 %, n=110). Plus de 70 % des médecins changent également leur prescription d'hypertenseur, de traitement thyroïdien et d'antivitamine K. Un peu moins de 60 % adaptent les traitements antiépileptiques.

3. Suivi au long terme

Concernant le suivi au long terme, 57,7 % des médecins (n=75) estiment qu'une consultation par an est suffisante ; 33,1 % (n=43) préfèrent un suivi bi annuel.

Les principales complications surveillées par les médecins généralistes sont les RGO et les troubles psychiques/psychiatriques (71,5 %, n=93). 59,2 % des médecins (n=77) sont également attentifs à la survenue d'un dumping syndrome dans les années suivant un bypass. On constate que 15,4 % des médecins (n=20) affirment ne pas connaître les complications possibles ou n'effectuer aucune surveillance spécifique.

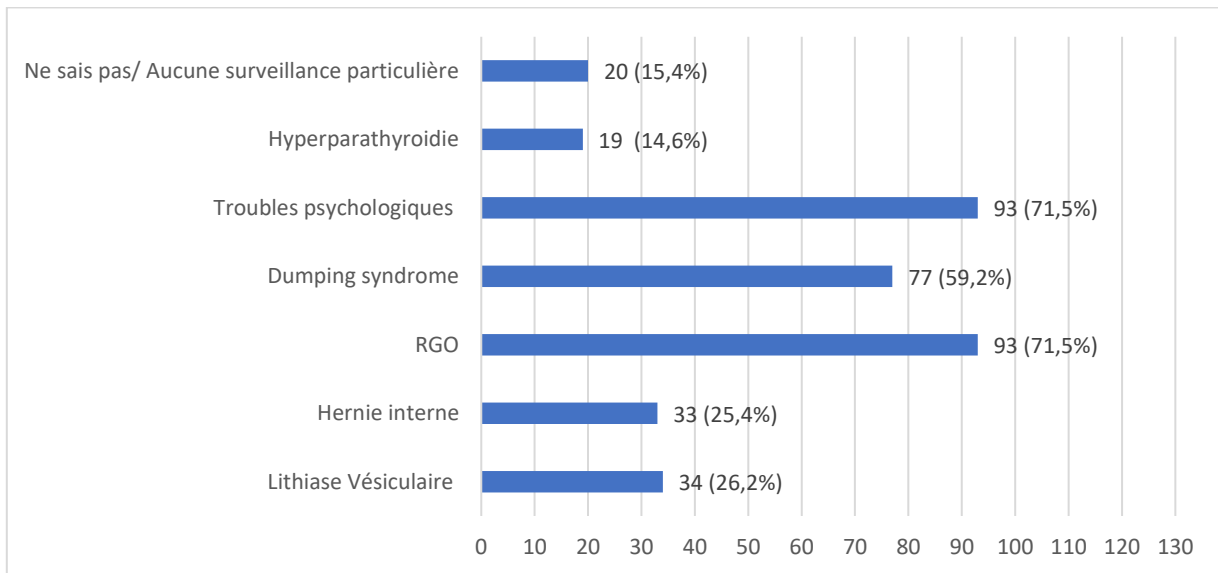


Figure 7 : Complications possibles d'après les médecins généralistes

Concernant les différents traitements que le patient sera amené à prendre au cours de sa vie :

- 91,5 % des médecins (n=119) déconseillent la prise d'AINS.
- 67,7 % (n=88) évitent la prescription de médicaments effervescents.
- 58,5 % (n=76) privilégient les médicaments à absorption intestinale.
- Seuls 20 médecins (15,4 %) s'abstiennent de prescrire des médicaments à libération prolongée et 16 médecins (12,3 %) préfèrent donner des médicaments avec peu d'effets sur le foie et les reins.

On constate que dans l'ensemble peu d'examen de suivi sont réalisés par les généralistes. Les 2 principaux examens, hormis le bilan sanguin, sont le suivi nutritionnel les 2 premières années réalisé par 70 % des médecins (n=91) et l'ostéodensitométrie osseuse tous les 5 ans pour 46,2 % des médecins (n=60). La fibroscopie oeso-gastro-duodénale (FOGD) n'est réalisé que dans 30 % des cas (n=39). Seuls 16,2 % des médecins réalisent un bilan psychologique tous les 2 ans. Près d'un quart des médecins traitants (23,8 %, n=31) ne réalisent aucun suivi au long court en dehors du bilan biologique.

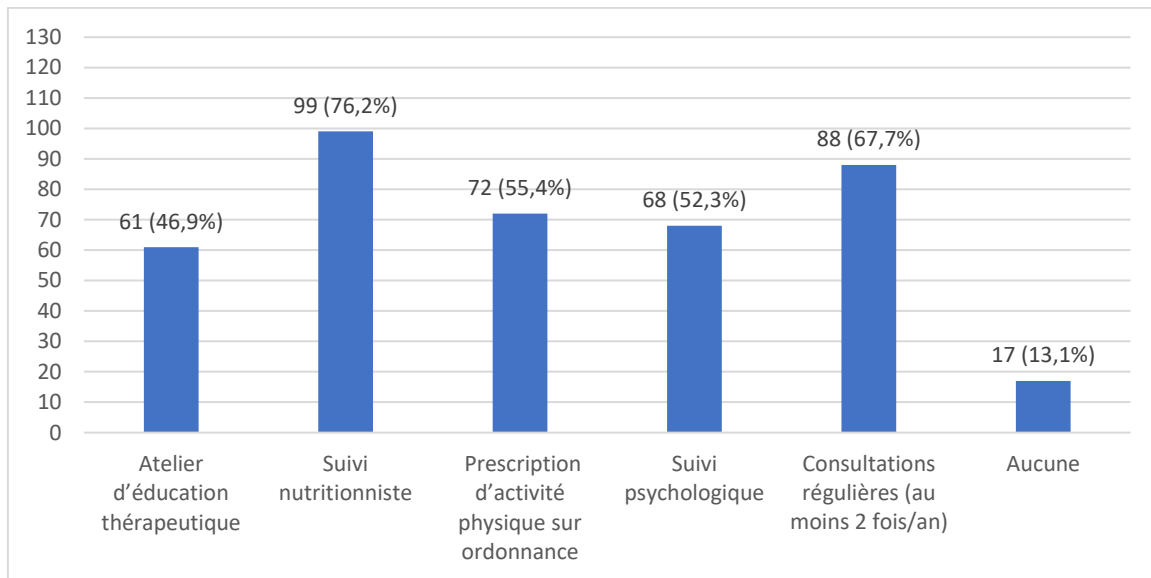


Figure 8 : Examens complémentaires réalisés par les médecins généralistes

Dans l'ensemble, le médecin généraliste propose de façon élective :

- Un suivi nutritionniste dans 76,2 % des cas (n=99).
- Des consultations régulières au moins 2 fois par ans pour 67,7 % d'entre eux (n=88).
- 55,4 % des médecins (n=72) prescrivent de l'activité physique sur ordonnance.
- 52,3 % (n=68) un suivi psychologique.
- 46,9 % des médecins (n=61) proposent des ateliers d'éducation thérapeutique.
- Seuls 13,1 % des médecins (n=17) ne mettent aucune mesure complémentaire en place.

En ce qui concerne l'investissement financier qu'implique la prise en charge des patients opérés, 84,6 % des médecins (n=110) estiment que le coût d'accès à un nutritionniste ou à un diététicien est trop élevé. Moins d'un quart des médecins estiment que le coût des médicaments, des bilans et de l'accès à l'activité physique est trop élevé.

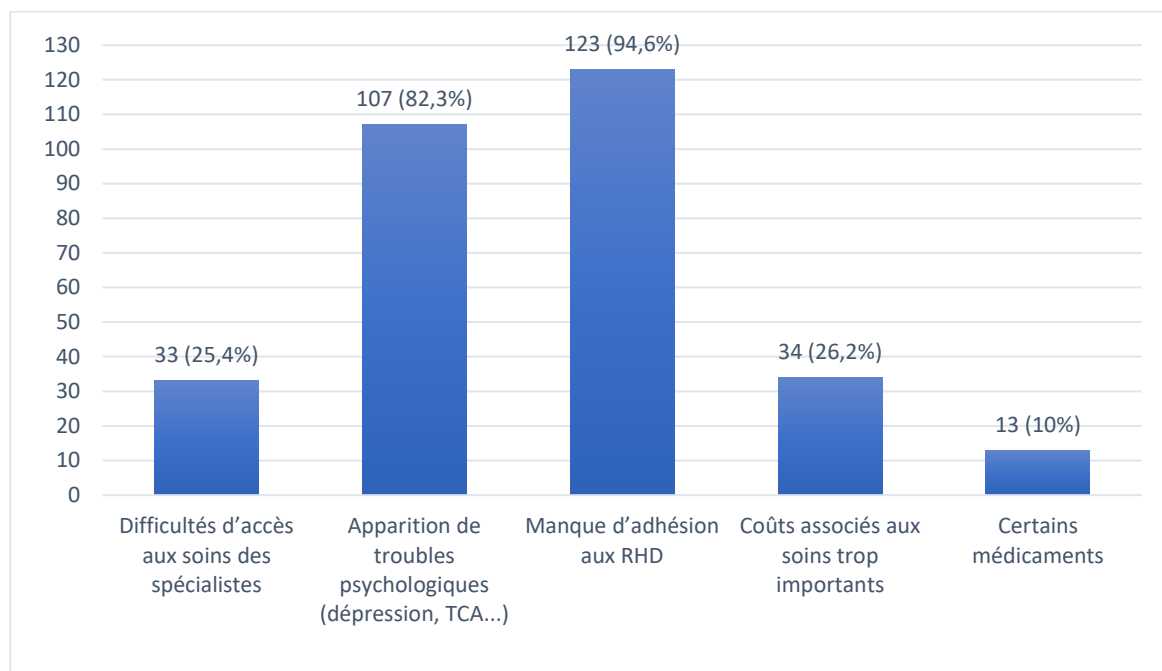


Figure 9 : Causes de la reprise de poids selon les médecins généralistes

Pour près de 95 % des médecins, la reprise de poids après une opération bariatrique est principalement due au manque d'adhésion des patients aux RHD. Pour plus de 82 %, cette reprise pondérale peut également être liée à l'apparition de trouble psychologique (dépression, TCA...). Seul un quart des médecins associent cette reprise de poids à des difficultés d'accès aux spécialistes ou à un coût associé aux soins trop important.

IV. DISCUSSION

A. Principaux résultats

L'étude met en lumière un engagement important des médecins généralistes dans la prise en charge des patients bariatriques. Le niveau de connaissance des médecins est globalement bon en ce qui concerne les indications et contre-indications de la chirurgie bariatrique et les comorbidités courantes. Toutefois, il existe des lacunes dans la gestion des patientes en âge de procréer.

Bien que les recommandations concernant le suivi médical des patients soient connues, il semble que la mise en pratique ne soit pas encore adaptée pour une prise en charge optimale. Pour rappel, seuls 10,8 % des généralistes ont répondu avoir systématiquement des consultations dédiées au suivi postopératoire de leurs patients et moins d'un médecin sur deux prescrit un bilan biologique trimestriel la première année, ce qui contraste avec les recommandations de bonne pratique mises en place par la HAS.

Le suivi à long terme manque souvent de rigueur, avec une attention insuffisante portée aux complications potentielles principalement au niveau des carences et du suivi psychologique. On note toutefois une surveillance plus marquée des différentes pathologies chroniques associées à l'obésité.

B. Comparaison avec la Littérature

1. Représentativité de notre échantillon

Au niveau du sexe : 69,2 % des médecins ayant répondu à notre étude sont des femmes. Ce chiffre est plus élevé que la proportion de femmes médecins installée en Occitanie. Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), en Occitanie au 1er janvier 2023, 47,2 % des médecins généralistes libéraux installés sont des femmes et 52,8 % des hommes (21). Cette différence pourrait s'expliquer par un intérêt plus important des femmes médecins pour ce sujet.

Au niveau de la tranche d'âge : Selon la DRESS (21), l'âge moyen des médecins généralistes libéraux d'Occitanie est de 52,2 ans avec une prédominance de médecins qui ont entre 55 et 65 ans. Notre échantillon diffère de la population avec une proportion de médecins plus jeunes (entre 35 et 55 ans). Ce résultat pourrait une nouvelle fois s'expliquer par un

intérêt plus important des jeunes médecins pour ces pratiques ou par une meilleure formation sur ce sujet.

Au niveau de la zone d'activité : La zone semi-rurale est la plus représentée dans notre étude. Cela concorde avec les données de l'URPS selon lesquelles 38 % des médecins d'Occitanie exerceraient en zone semi-urbaine. (22)

Au niveau du département d'activité : La majorité des médecins répondants exerce en Haute-Garonne (43,85%) ce qui concorde avec les résultats de la DRESS selon laquelle 50,4% des médecins installés en région ex-Midi-Pyrénées exerceraient en Haute-Garonne.(21) A noté cependant le faible taux de participation des médecins des Hautes-Pyrénées et du Tarn-et-Garonne. Cela pourrait s'expliquer par une mauvaise distribution du questionnaire dans ces départements.

2. Connaissances et pratiques en préopératoire

Selon le rapport de l'Académie Nationale de médecine paru en 2017 (23), les recommandations concernant le suivi des patients opérés de l'obésité sont peu connues et mal appliquées par les médecins.

Nos résultats indiquent que 77,7 % des généralistes connaissent les indications aux opérations bariatriques, et 74,6 % sont au fait des contre-indications. Ces pourcentages sont donc en contradiction avec ce rapport.

Cette différence pourrait s'expliquer par la parution en début 2024 des nouvelles recommandations de bonnes pratiques de la HAS (24). Ces dernières abordent à la fois les indications et contre-indications de la chirurgie bariatrique, le contenu de l'évaluation et de la prise en charge avant chirurgie, du suivi et de la prise en charge postopératoire ainsi que le repérage et la prise en charge des complications pouvant survenir après le geste.

La création de sites Internet tels que « BARIAMED » ou « BARIACLIC » ont possiblement joué un rôle. Ces outils proposent une aide à la prise en soin des patients en situation bariatrique. Ils sont constitués de plusieurs onglets sur le suivi, la gestion des comorbidités, des traitements en post bariatrique et des signes devant amener à faire consulter rapidement (25).

3. Concernant la grossesse

Il est noté dans la littérature que la gestion de la grossesse après ce type d'opération nécessite des précautions particulières et un suivi spécialisé (26). Il est conseillé aux patientes d'éviter

toute grossesse dans un délai de 12-18 mois après une chirurgie bariatrique, car les complications nutritionnelles sont fréquentes et peuvent être nocives pour la mère et l'enfant. Pour cela, l'utilisation des contraceptions réversibles de longue durée d'action est recommandée devant le risque de malabsorption des contraceptifs oraux.

Près d'un médecin interrogé sur 5 éprouve des difficultés pour renseigner les patientes sur ces sujets et seuls 40,8 % des médecins les informent des complications potentielles en cas de grossesse post-chirurgie. Ce résultat est préoccupant d'autant plus que 80 % des patients opérés sont des femmes, dont une majorité en âge de procréer, et la chirurgie bariatrique fait partie de l'arsenal thérapeutique à proposer pour améliorer la fertilité chez les femmes obèses.

Ce domaine étant encore peu répandu dans les soins primaires, cela met en évidence le besoin d'une diffusion plus large des recommandations et d'une formation médicale continue sur ce sujet.

4. Prise en charge postopératoire

La HAS recommande une consultation de suivi tous les 3 mois lors de la première année postopératoire puis 2 consultations la 2e année à 18 et 24 mois (26). Le suivi post chirurgical est réalisé par un ou plusieurs des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire qui a posé l'indication opératoire. Il est rappelé que le médecin généraliste doit prendre part activement à ce suivi sans qu'il soit précisé explicitement sa fréquence d'intervention.

Les médecins généralistes ont bien conscience de l'importance de ce suivi. 43,1 % estimaient nécessaire un suivi trimestriel et 20 % une surveillance bi annuelle. Cependant, on peut s'interroger sur la qualité de ces consultations. Seuls 10,8 % des médecins affirment avoir des consultations spécifiquement dédiées au suivi postopératoire et 27,7 % rencontreraient les patients pour d'autres motifs lors de consultations d'opportunités. Bien que la surveillance du poids et le rappel des RHD soient faits de façon régulière par les praticiens, les différents signes d'alertes devant faire consulter en urgence ne sont rappelés que dans 42,6 % des cas.

Ces résultats peuvent possiblement s'expliquer par un manque de temps des généralistes. D'après une étude de 2012 (27), la durée moyenne de consultation déclarée par les médecins généralistes est de 18 minutes, ce qui semble peu pour réaliser toutes les tâches nécessaires à un suivi adapté. De plus, il n'y a à ce jour aucune cotation spécifique pour ce type de consultation longue et complexe.

Une valorisation des consultations en lien avec le suivi de cette pathologie permettrait probablement une implication différente des médecins. Le contexte de soin actuel tourné sur la coordination pluriprofessionnelle peut également pallier ce problème avec l'implication plus importante de nutritionnistes et de diététiciens dans le parcours de soin.

5. Recherche et traitement des carences

La malabsorption est responsable de nombreuses carences qui surviennent dans un délai variable : 25 à 56 % de carence en fer, environ 30 % en vitamine B12, 10 % en calcium, 50 % en vitamine D et jusqu'à 18 % de déficit protidique (14) (28). Ces différentes carences peuvent être à l'origine d'anémie, d'ostéoporose, et dans les cas les plus sévères de complications neurologiques graves.

En termes de prescription biologique, le bilan doit comprendre à minima : NFS, glycémie, ionogramme sanguin, urée, créatininémie, albumine et préalbumine, bilan hépatique, calcium, magnésium, ferritine, PTH et vitamines (D, B9, B12). Il doit être réalisé lors de chaque consultation la première année puis 1 à 2 fois par an les années suivantes (29).

La plupart des éléments importants semblaient être suivis par les médecins généralistes réalisant une surveillance clinique et biologique. Cependant, moins d'un médecin sur deux prescrit un bilan biologique trimestriel la première année. Ce résultat contraste avec un taux de prescription de complément multivitaminé plutôt élevé réalisé par 79,2 % des médecins, mais un taux plutôt faible concernant le fer et le calcium. Les recommandations de la HAS rappellent pourtant l'importance de la délivrance de supplémentation systématique (multivitamines, calcium, vitamine D, fer, vitamine B12 et B9) (26).

Ces données mettent en évidence un manque de connaissances sur le suivi précis à effectuer et sur les compléments à administrer. D'ailleurs, 22,3 % des généralistes affirment ne pas donner d'ordonnances spécifiques lors de la première année. Cela expliquerait le fait que l'observance dans la prise de complément vitaminique chute à 50 % 6 mois après l'intervention.

Cette diminution de l'observance peut également se justifier par le coût de certains bilans et suppléments. Si la Sécurité sociale ne rembourse que certaines vitamines comme la B12 ou la B9, les polyvitamines ne sont pas prises en charge. Il en est de même pour le dosage de la vitamine B1, la vitamine C et le Sélénium qui ne sont pas remboursés si prescrit en ambulatoire (30). Cela représente une charge financière continue, poussant certains patients à réduire ou arrêter leur consommation. Ce non-remboursement pourrait découler du fait que les

soins liés à la surcharge pondérale sont encore perçus comme relevant de la médecine esthétique.

6. Suivi à Long Terme

Pour l'Académie française de chirurgie, la qualité du suivi peut être considérée comme satisfaisante chez seulement 12 % des patients 5 ans après l'opération (23).

La HAS rappelle que la surveillance biologique doit se faire au moins une fois par an à vie (26). Bien que la majorité des médecins attestent maintenir une attention particulière au suivi nutritionnel et aux complications tardives telles que les RGO, seuls 30 % des généralistes réalisent une FOGD et 46,2 % une ostéodensitométrie. Ces examens sont pourtant essentiels pour détecter et gérer les complications postopératoires tardives. Il est recommandé de réaliser une densitométrie osseuse à 1 ou 2 ans de la chirurgie puis d'adapter le suivi en fonction des résultats et des facteurs de risques (14) (29). Dans le cas des sleeves et bypass, il est conseillé de pratiquer une FOGD tous les 5 ans (à 1 et 3 ans si symptômes de RGO). (10)

Il est préoccupant que 15,4 % des médecins ignorent les complications possibles ou n'effectuent aucune surveillance spécifique et que 23,8 % ne réalisent aucun suivi au long court en dehors du bilan biologique. Cela souligne la nécessité d'une meilleure formation continue et d'une sensibilisation accrue des praticiens et des patients.

7. Les comorbidités

La perte de poids s'accompagne d'une modification et une diminution des comorbidités (32). La chirurgie bariatrique entraîne une rémission du DT2 dans 22 à 73 % des cas. Une réduction nette, mais plus lente de l'HTA est constatée dans 43 à 83 % des cas ainsi qu'une diminution significative du risque d'événement cardiovasculaire majeur. La qualité du sommeil s'améliore avec une régression du SAOS et un sevrage de l'appareil en 6 à 18 mois dans 75 à 93 % des cas.

Si de nombreuses preuves attestent d'une amélioration à court et moyen terme des symptômes dépressifs, certaines études ont montré un sur risque de suicide et d'addiction en postopératoire (33).

Plus de 70 % des médecins adaptent leurs prescriptions médicamenteuses dans les suites de l'opération, en adéquation avec les recommandations de la HAS.

82 % des médecins de notre étude estiment que la reprise pondérale peut être causée par des troubles psychiques. Ce résultat concorde avec une étude réalisée à l'hôpital de Toulouse en 2019 selon laquelle les troubles anxieux et dépressifs seraient responsables d'une reprise pondérale dans 12 % des cas (34). Cependant, seuls 52,3 % des médecins réalisent un suivi psychologique rapproché et 16,2 % un bilan psychologique tous les 2 ans. Ces résultats mettent une fois de plus en avant la nécessité d'un suivi médical régulier et complet, d'autant plus que la présence de troubles psychologiques avant l'opération serait prédictive d'un risque d'échec plus important de la chirurgie.

La mise en avant actuelle du soin coordonné dans notre pays crée à nouveau l'occasion de s'organiser autour du médecin généraliste.

C. Forces de notre étude

L'échantillon était diversifié avec des médecins d'âges différents répartis dans plusieurs zones d'activité. Bien que la proportion de femmes soit légèrement plus élevée que dans la population réelle, l'étude inclut une bonne diversité de genres parmi les répondants. Il est à souligner un taux de participation faible dans les Hautes-Pyrénées et le Tarn-et-Garonne.

Nous avons pu démontrer que les connaissances des médecins généralistes d'ex-Midi-Pyrénées concernant la prise en charge des patients dans le cadre d'une chirurgie bariatrique étaient plutôt bonnes ce qui diffère des résultats de l'Académie nationale de médecine. Cependant, des améliorations sont nécessaires dans la pratique pour assurer un suivi postopératoire et au long cours plus complet et cohérent.

En se concentrant sur la chirurgie bariatrique et les nouvelles recommandations de la HAS, l'étude aborde une thématique pertinente et actuelle, importante pour la santé publique.

D.Limites et biais de notre étude

Nous pouvons remarquer que notre étude comporte plusieurs biais :

- Biais de recrutement : Les adresses mail déjà connues de mon réseau appartenaient en grande partie aux membres du DUMG ou à des maitres de stage. On peut penser que ces médecins sont donc déjà sensibilisés au sujet et plus en lien avec des formations continues.

- Biais d'auto-sélection : les personnes ayant répondu au questionnaire devant être majoritairement intéressées par le sujet.

Les réponses ont pu être influencées par le département d'exercice : la Haute-Garonne disposant de l'un des 2 seuls centres spécialisés dans l'obésité d'Occitanie (le deuxième se trouvant à Montpellier).

En prenant en compte ces biais et limites supplémentaires, il est important de rester prudent dans l'interprétation des résultats de cette étude et de reconnaître que les conclusions tirées peuvent ne pas être entièrement généralisables à l'ensemble des médecins généralistes en Occitanie ou ailleurs.

E. Ouverture

En synthèse de notre travail et dans l'objectif de faciliter l'activité des médecins généralistes, nous pouvons proposer un tableau de surveillance séquentielle du patient opéré (Tableau 2).

Nous pouvons également proposer un tableau récapitulatif des caractéristiques cliniques éventuellement en lien avec une carence en micronutriments (Annexe 7).

	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois	18 mois	1X/an à vie
Clinique *	B/ A/S	B/A/S	B/A/S	B/A/S	B/A/S	B/A/S
Hémogramme, Fer, Ferritine, Sat. Transferrine	B/ A/S	B/A/S	B/A/S	B/A/S	B/A/S	B/A/S
Vitamine B12, B9	B/ A/S	B/A/S	B/A/S	B/A/S	B/A/S	B/A/S
Calcémie, Vitamine D, PTH	B/S	B/S	B/S	B/S	B/S	B/S
Albumine, préalbumine	B/ A/S	B/A/S	B/A/S	B/A/S	B/A/S	B/A/S
Glycémie, Lipides	B/ A/S	B/A/S	B/A/S	B/A/S	B/A/S	B/A/S
Transaminases (ASAT, ALAT)		B/ A/S		B/ A/S		B/ A/S
Créatinine, Urée		B/ A/S		B/ A/S		B/ A/S
Ions (Na, K, Mg)		B/ A/S		B/ A/S		B/ A/S
Vitamine A, E, K	Si symptômes					
Zinc, Cuivre, Sélénium	Si symptômes					
Vitamine B1	Si symptômes					
Ostéodensitométrie	B/ S : À 2 ans puis en fonction des résultats					
FOGD	B/ A : Si symptômes S : Tous les 5 ans					
Bilan psychologique						B/ A/S

*Clinique : Poids, % âge de perte de poids, activité physique, présence de symptômes

B = Bypass gastrique, A= anneau, S= Sleeve gastrectomie

En **gras** : les éléments les plus importants, relativement fréquents et donnant lieu à des conséquences cliniques importantes

Tableau 2 : Surveillance séquentielle du patient opéré

V. CONCLUSION

Nous avons mené une étude quantitative descriptive auprès des médecins généralistes installés en région ex-Midi-Pyrénées, d'avril à juin 2024.

La chirurgie bariatrique est devenue au fil des années un traitement légitime de l'obésité et de ses comorbidités associées nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire où le médecin traitant a toute sa place. Le nombre d'opérations réalisées n'a cessé d'augmenter et par conséquent le nombre de patients suivi par les généralistes.

La majorité des praticiens interrogés pour notre étude était au fait des recommandations de bonnes pratiques délivrées par la HAS concernant la prise en charge des patients bariatriques. Bien que les connaissances semblent être acquises, des lacunes dans la prise en charge des patientes en âge de procréer ainsi que le suivi postopératoire, principalement sur le long terme, ont été mis en évidence.

Une clarification du positionnement des médecins généralistes dans la filière bariatrique ainsi que le développement de la coordination pluriprofessionnelle des soins premiers autour des médecins traitants, permettrait probablement d'optimiser les indications chirurgicales, d'en diminuer les comorbidités et réduire le nombre de patients perdus de vue afin de prévenir les complications ou échecs de prise en charge chirurgicale sur le long terme.

Vu.
Toulouse le 12/09/2024


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 16/09/2024
Vu et permis d'imprimer
La Présidente de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
Le Doyen-Directeur
Du Département de Médecine, Maieutique, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS



VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Obésité [Internet]. [cité 16 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/obesity>
2. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonnes pratiques. « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours ». [Internet]. [cité 25 avril 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf
3. Corcos T. "Les complications cardiovasculaires de l'obésité". Médecine & Longévité 4, no 3. (1 décembre 2012);99-110.
4. [Obésité et Surpoids] | [Chiffres] [Internet]. [cité 8 janvier 2024]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/federation/actualites/lobesite-une-progression-inquietante>
5. Böhme Philip, Bruno Claustrat, Yves Grillet, Bernard Guy-Grand, Elisabeth Orvoen-Frija, Jean-Louis Pépin "Recommandations professionnelles sur le thème Sommeil.VF".pdf [Internet]. [cité 8 janvier 2024]. Disponible sur : <https://www.sfrms-sommeil.org/wp-content/uploads/2012/09/Recommandations-professionnelles-sur-le-thème-Sommeil.VF.pdf>
6. Guilleminault Laurent. "Asthme et obésité de l'adulte". Médecine des Maladies Métaboliques.16, no 1 (1 févr 2022):89-97.
7. "Surpoids et obésité - Réduire les risques de cancer" [Internet]. [cité 8 janvier 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Surpoids-et-obesite>
8. Inserm."Obésité · Inserm, La science pour la santé" [Internet]. [cité 24 novembre 2023]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>
9. Haute Autorité de Santé " Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte" [Internet]. [cité 9 janvier 2024].. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3408871/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-de-l-adulte
10. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques. "obesite de l'adulte: prise en charge de 2^e et 3^e niveaux" preparation_mel_v4_2.pdf [Internet]. [cité 27 novembre 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/reco369_recommandations_obesite_2e_3e_niveaux_preparation_mel_v4_2.pdf
11. Haute Autorité de Santé. Obesite_adulte_premiers_recours.pdf [Internet]. [cité 9 janvier 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_obesite_adulte_premiers_recours.pdf
12. FMC-HGE. " Suivi après chirurgie bariatrique." [Internet]. [cité 1 avril 2023]. Disponible sur: https://www.fmcgastro.org/textes-postus/no-postu_year/suivi-apres-chirurgie-bariatrique/

13. Organisation Mondiale de la Santé. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 23 novembre]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
14. FMC-HGE. "Chirurgie de l'obésité : risques et gestion des complications" [Internet]. [cité 28 avril 2023]. Disponible sur: https://www.fmcgastro.org/textes-postus/no-postu_year/chirurgie-de-lobesite-risques-et-gestion-des-complications/
15. Fontbonne, Annick, Andrew Currie, Patrick Tounian, Marie-Christine Picot, Olivier Foulatier, Marius Nedelcu, et David Nocca. « Prevalence of Overweight and Obesity in France : The 2020 Obepi-Roche Study by the “Ligue Contre l’Obésité” ». *Journal of Clinical Medicine* 12, no 3 (janvier 2023) : 925. [Internet]. [cité 28 août 2024]. Disponible sur: <https://www.mdpi.com/2077-0383/12/3/925#B3-jcm-12-00925>
16. Cara G. "Obésité et surpoids : près d'un Français sur deux concerné. État des lieux, prévention et solutions thérapeutiques" [Internet]. Salle de presse de l'Inserm. 2023 [cité 24 novembre 2023]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/obesite-et-surpoids-pres-dun-francais-sur-deux-concerne-etat-des-lieux-prevention-et-solutions-therapeutiques/66542/>
17. Sénat. "Surpoids et obésité, l'autre pandémie." [Internet]. 7 avril 2023 [cité 8 janvier 2024]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-744/r21-744.html>
18. OECD. "The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention" [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019 [cité 14 mai 2024]. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-heavy-burden-of-obesity_67450d67-en
19. [pnns4_2019-2023.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf) [Internet]. [cité 28 août 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
20. Épidémiologie de la prise en charge chirurgicale de l'obésité - ScienceDirect [Internet]. [cité 28 août 2024]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878786X22003515?via%3Dihub>
21. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 24 juill 2024]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
22. [urps-rapport-acces-aux-soins-et-zonage-version-finale-10.02.22.pdf](https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2022/02/urps-rapport-acces-aux-soins-et-zonage-version-finale-10.02.22.pdf) [Internet]. [cité 30 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2022/02/urps-rapport-acces-aux-soins-et-zonage-version-finale-10.02.22.pdf>
23. Jaffiol C, Bringer J, Laplace JP, Buffet C, Attali C, Bringer J, et al. Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique. *Bull Académie Natl Médecine*. sept 2017;201(7-9):973-82
24. Haute Autorité de Santé - Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux [Internet]. [cité 28 août 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/en/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux
25. Sophie Peiffer - Évaluation d'un site web d'aide au suivi des patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique, à destination des médecins généralistes : bariamed.fr -

UPthèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. [cité 28 août 2024]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/66514>

26. Haute Autorité de Santé. "recommandations obesite 2^e 3^e niveaux ii cd 2024 02 08 preparation_mel.pdf [Internet]. [cité 9 janvier 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-02/reco369_recommandations_obesite_2e_3e_niveaux_ii_cd_2024_02_08_preparation_mel.pdf)

[02/reco369_recommandations_obesite_2e_3e_niveaux_ii_cd_2024_02_08_preparation_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-02/reco369_recommandations_obesite_2e_3e_niveaux_ii_cd_2024_02_08_preparation_mel.pdf)

27. Steve JAKOUBOVITCH, Marie-Christine BOURNOT, Elodie CERCIER, François TUFFREAU " Les emplois du temps des médecins généralistes". Etude et Résultats. DRESS. mars 2012. no 797.pdf [Internet]. [cité 5 août 2024]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2012_PDF/2012_panel_mg_er797.pdf

28. Guiho M, Lacaze L, Bergeat D, Allory E, Thibault R. "Suivi des patients opérés d'une chirurgie de l'obésité : développement d'une fiche de suivi, à l'intention des médecins généralistes, « BARIA Check »". Nutrition Clinique et Métabolisme. 1 avr 2021;35(1):23.

29. Fotsing Makougang Ginette. "Complications nutritionnelles de la chirurgie bariatrique". POST'U (2024)

30. "Complications nutritionnelles de la chirurgie bariatrique et surveillance des patients opérés" La Revue du Praticien [Internet]. [cité 16 août 2024]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/complications-nutritionnelles-de-la-chirurgie-bariatrique-et-surveillance-des-patients>

31. Paccou J, Genser L, Lespessailles É, Bertin É, Javier RM, Duclos M, et al. "Recommandations françaises en matière de prévention et de traitement de l'ostéoporose secondaire à la chirurgie bariatrique". Revue du Rhumatisme. déc 2022;89(6):545-54.

32. "Bénéfices de la chirurgie bariatrique sur la perte pondérale, l'évolution des comorbidités et la mortalité" La Revue du Praticien [Internet]. [cité 16 août 2024]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/benefices-de-la-chirurgie-bariatrique-sur-la-perte-ponderale-levolution-des-comorbidites-et>

33. "Obésité et bypass gastrique, impact sur la qualité de vie et le risque suicidaire : revue de la littérature" ScienceDirect [Internet]. [cité 16 août 2024]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000344871300379X?via%3Dihub>

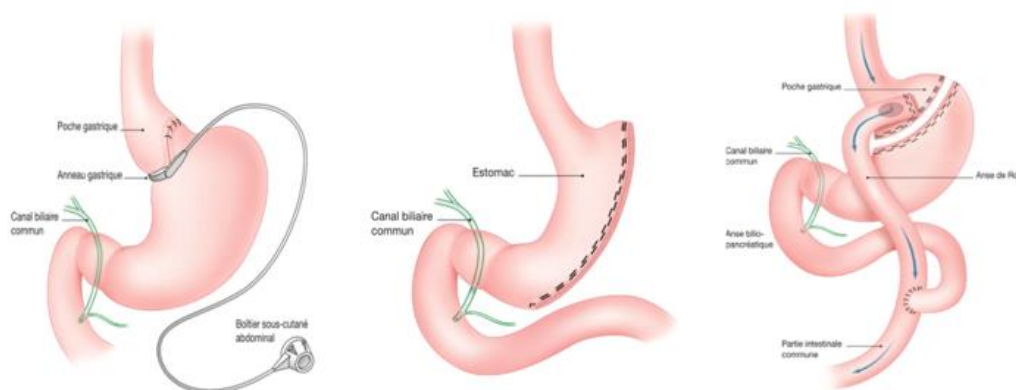
34. Graillat L. "Reprise de poids après la chirurgie de l'obésité".

VII. ANNEXES

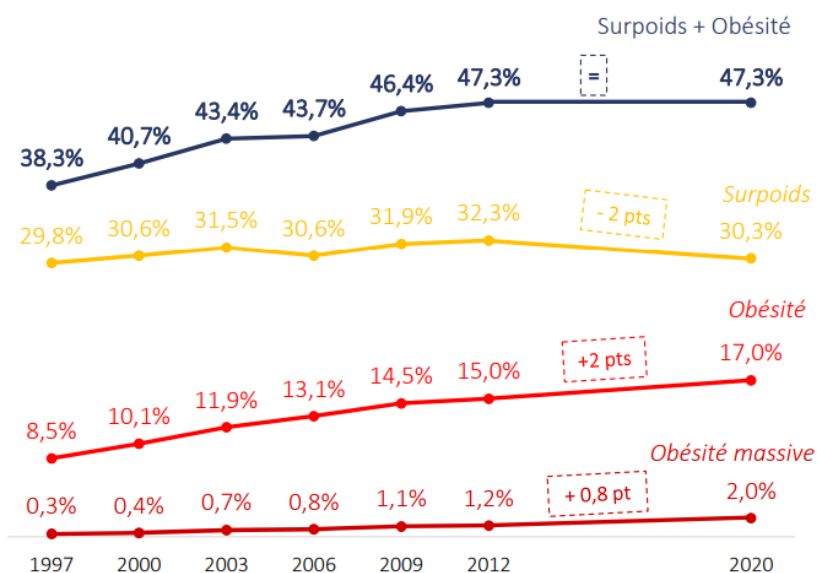
ANNEXE 1 : Statut nutritionnel selon l’OMS

STATUT NUTRITIONNEL	IMC
Maigreur	< 18.5
Normal	18.5 – 24.9
Surpoids	25 - 29.9
Obésité modérée (classe 1)	30 – 34.9
Obésité sévère (classe 2)	35 – 39.9
Obésité morbide (classe 3)	> 40

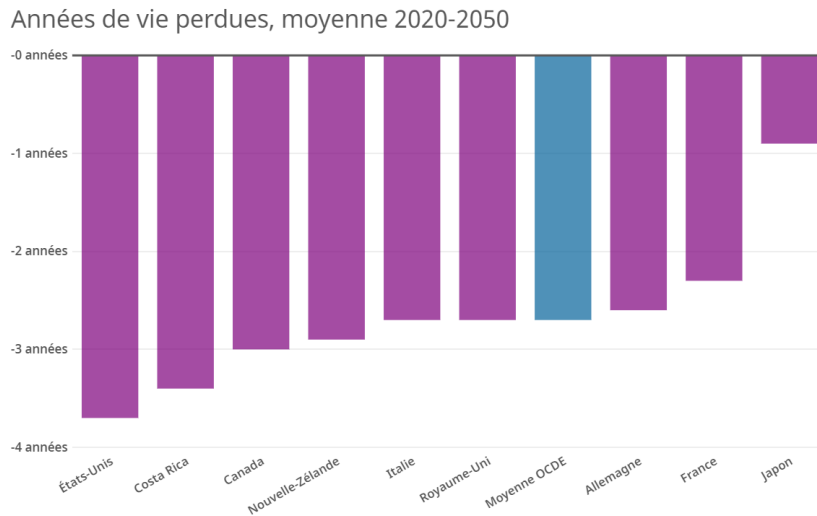
ANNEXE 2 : Les différentes opérations bariatriques : anneau, sleeve gastrique, bypass



ANNEXE 3: Position des estimations de l’étude Obepi-Roche 2020 du surpoids et/ou de l’obésité par rapport aux études Obepi 1997-2012



ANNEXE 4 : Années de vie perdues (Source OCDE)



ANNEXE 5 : Questionnaire de l'étude

Etat des lieux du suivi des patients ayant réalisé une chirurgie bariatrique par les médecins généralistes en Occitanie

Chères consœurs, chers confrères,

Médecin généraliste non thésée rattachée à la faculté de Toulouse, je vous sollicite aujourd'hui pour répondre à un questionnaire dans le cadre de ma thèse.

Je souhaite évaluer l'état des lieux des pratiques de suivi des patients bariatriques en médecine générale. Cette thèse est dirigée par le professeur Jean-Christophe POUTRAIN et a pour président le professeur Pierre MESTHE.

Ce questionnaire s'adresse aux médecins généralistes installés. Il prend moins de 5 minutes pour être complété, aucune donnée personnelle permettant de vous identifier n'est recueillie. Les adresses mails ne sont pas enregistrées.

Merci de ne répondre qu'une seule fois au questionnaire.

Pour toute question au sujet de cette étude, vous pouvez me contacter via cette adresse mail: fannypassa@hotmail.fr

Merci d'avance pour votre participation.

Fanny PASSALACQUA

Etes vous : *

- Un homme
- Une femme

Quel est votre code postal d'exercice ? *

Votre réponse

Quel est votre milieu d'exercice ? *

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

Dans quelle tranche d'âge êtes vous ? *

- 25-35 ans
- 36-45 ans
- 46-55 ans
- 56-65 ans
- plus de 65 ans

Combien de patients opérés d'une chirurgie bariatrique suivez vous ? *

- entre 0-5
- entre 5 et 10
- entre 10 et 15
- entre 15 et 20
- plus de 20

Prise en charge Préopératoire

Vous recevez en cabinet Mme F. 33 ans que vous suivez depuis plusieurs années déjà. Elle présente une obésité morbide, souffre d'apnée du sommeil et d'HTA. Elle vous questionne sur les différentes opérations bariatriques. N'ayant jamais réussi à perdre du poids malgré de nombreux régimes, elle souhaiterait se faire opérer.

Pesez vous vos patients régulièrement ? *

- Oui, lors de chaque consultation
- Seulement 1 à 2 fois par an
- Que quand ils me le demandent
- Non

Selon vous, quelles sont les indications aux opérations bariatriques ? *

- Uniquement chez la personne majeure de 18 à 65 ans
- Chez des patients souffrant d'obésité morbide
- Chez les patient présentant une obésité sévère associée à une ou plusieurs comorbidités
- En deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6 à 12 mois.

Selon vous, quelles sont les contre indications aux opérations bariatriques ? *

- Présence de troubles cognitifs ou mentaux
- Troubles du comportement alimentaire
- Dépendance à l'alcool
- Pathologies mettant en jeu le pronostic vital à court ou moyen terme
- L'absence de prise en charge médicale préalable clairement identifiée

Quelles sont les comorbidités pouvant être améliorées par la chirurgie bariatrique ? *

- L'hypertension artérielle
- Le diabète
- La survenue de cancer
- Le syndrome d'apnée du sommeil
- Les troubles du comportement alimentaire
- L'asthme

Mme F. vous questionne sur un désir de grossesse. Que lui dites vous ? *

- Le délai recommandé pour débuter une grossesse après chirurgie bariatrique est d'au moins 12 à 18 mois
- Les contraceptions à privilégier sont les contraceptions réversibles de longue durée d'action (Implant ou DIU)
- Les complications nutritionnelles en cas de grossesse survenant dans les 18 mois post chirurgie sont fréquentes et peuvent être nocives pour la mère et l'enfant
- En cas de désir de grossesse après chirurgie bariatrique, il est recommandé de programmer un suivi nutritionnel par l'équipe pluridisciplinaire avant toute conception, puis pendant la grossesse et en post-partum.
- Un bilan biologique complet 3 mois après l'accouchement ainsi qu'une consultation avec le médecin nutritionniste sont conseillés
- Je ne sais pas/ Je l'oriente vers un gynécologue pour plus d'informations

Prise en charge Post opératoire

Vous recevez en consultation Mme A. 38 ans. patiente diabétique et hypertendue qui a été opérée il y a 9 mois d'un bypass. L'opération s'est très bien passée et sa visite de contrôle avec son chirurgien n'a mis en évidence aucune complication aigue particulière.

Avez vous des consultations dédiées au suivi de ces patients en post-opératoire ? *

- Oui consultations dédiées systématiquement
- Uniquement si le patient n'est pas suivi ailleurs pour la chirurgie bariatrique
- Non, consultation pour d'autres motifs sans parler de la chirurgie bariatrique

Lors d'une consultation, quels sujets abordez vous ? *

- Surveillance de la perte ou reprise de poids
- Les règles hygiéno-diététiques
- L'activité physique
- La recherche de trouble psychique (dépression, addiction, trouble du comportement alimentaire...)
- Rappel des signes d'alerte devant faire consulter aux urgences
- Surveillance des comorbidités
- Aucun sujet en particulier, seulement le motif de consultation du patient

Dans votre ordonnance, que lui prescrivez vous suite à son opération bariatrique ? *

- Pas d'ordonnance particulière
- Une supplémentation en fer
- Une supplémentation multi vitaminique (vitamine B1, B9, B12, D)
- Du zinc
- Du calcium
- Des IPP
- Autre : _____

Lors de la première année post opératoire, vous réalisez un bilan sanguin : *

- Tous les mois
- Tous les 3 mois
- 2 fois par an
- Aucun, le suivi étant assuré par l'équipe hospitalière

Quel bilan biologique faites vous systématiquement en post opératoire et dans le suivi de votre patientèle suite à une sleeve gastrectomie/un By pass/un anneau gastrique ? *

- Ferritine
- Vitamine D
- Vitamine B12, B9
- Calcium
- PTH
- Albumine
- Bilan hépatique (ASAT ALAT GGT)
- Autre : _____

Quels conseils concernant l'alimentation donnez vous aux patients opérés ? *

- Ne manger que des petites quantités, possibilité de fractionner les prises alimentaires
- Bien mastiquer et manger lentement (minimum 30 minutes par repas)
- Les aliments prioritaires sont les sources de protéines et calcium
- Eviter de boire 30 minutes avant le repas, et jusqu'à 30 minutes après la fin du repas
- Ne pas s'allonger après le repas
- Eviter les boissons gazeuses ou hypercaloriques
- Eviter les aliments riches en sucres simples et/ou en graisses
- Je ne sais pas / je n'aborde jamais ce sujet

Quels traitements adaptez-vous suite à une opération mal absorptive ? *

- Les traitements diabétiques
- Les traitements antihypertenseurs
- Les traitement thyroïdiens
- Les anti épileptiques
- Les antivitamines K

Suivi au long terme

Vous suivez en consultation Mr D. 48 ans, qui a subi il y a plus de 10 ans une opération bariatrique type Sleeve.

Selon vous, à quelle fréquence est-il nécessaire de voir en consultation les patients opérés d'une chirurgie bariatrique ? *

- Tous les 3 mois
- Tous les 6 mois
- 1 fois par an
- Pas de suivi spécifique

Quelles complications à moyen et long terme surveillez vous suite à une opération bariatrique ? *

- Lithiases vésiculaires
- Hernie interne
- Reflux gastro-œsophagien
- Le dumping syndrome
- Troubles psychologiques ou psychiatriques
- Hyperparathyroïdie
- Je ne sais pas / Je n'effectue aucune surveillance particulière

Concernant les différents traitements que le patient sera amené à prendre au cours de sa vie, quelles adaptations faites vous ? *

- Les AINS sont déconseillés
- On évitera les médicaments à libération prolongée
- On évitera les médicaments effervescents
- On privilégiera les médicaments à absorption intestinale
- On privilégiera les médicaments avec peu d'effets sur le foie et les reins

Quels examens réalisez vous dans le cadre du suivi des patients ayant été opérés *
?

- Fibroscopie oeso-gastro-duodénale tous les 5 ans
- Ostéodensitométrie tous les 5 ans
- Bilan psychologique tous les 2 ans
- Suivi nutritionnel les 2 premières années
- Aucun hormis le bilan sanguin

Chez les patients opérés de chirurgie bariatrique, quelles sont les mesures complémentaires que vous proposez électivement ? *

- Atelier d'éducation thérapeutique
- Suivi nutritionniste
- Prescription d'activité physique sur ordonnance
- Suivi psychologique
- Consultations régulières (au moins 2 fois/an)
- Aucune

Quels sont les coûts qui vous paraissent trop importants dans la prise en charge des patients bariatriques ? *

- Les médicaments
- L'accès à un nutritionniste ou un diététicien
- Les bilans
- L'Activité physique

Selon vous, quelles peuvent être les causes de la reprise de poids des patients ? *

- Difficultés d'accès aux soins des spécialistes
- Apparition de troubles psychologiques (dépression, TCA...)
- Manque d'adhésion aux Règles hygiéno-diététiques
- Coûts associés aux soins trop importants
- Certains médicaments

ANNEXE 7 : Caractéristiques cliniques, éventuellement en lien avec une carence en micronutriments

Caractéristiques cliniques		Carences potentielles
Cheveux	Alopécie	Fer, zinc, biotine, carence en protéines
	Poils en tire-bouchon	Vitamine C
Yeux	Héméralopie, sécheresse oculaire, kératomalacie, taches de Bitôt	Vitamine A
	Ophthalmoplégie	Vitamine B1, vitamine E
	Neuropathie optique	Vitamine B12, vitamine B1 (Wernicke), cuivre (rarement acide folique)
Visage/Peau	Érythème rouge foncé, hyperpigmentation dans les zones cutanées exposées au soleil : le visage, le cou et les mains	Vitamine B3 (ou niacine)
	Troubles de la cicatrisation des plaies	Zinc, vitamine C, carence en protéines
	Pétéchies, purpura	Vitamine C, vitamine K
Bouche	Endolorie, brûlures	Vitamine B2 (ou riboflavine)
	Perlèche ou chéilite	Vitamine B2, vitamine B3, fer, vitamine B6, vitamine B12 ; ou toxicité de la vitamine A
	Pica	Fer, zinc
	Hypogueusie ou dysgueusie	Zinc
	Glossite (langue douloureuse, gonflée, rouge et lisse)	Acide folique, vitamine B2, vitamine B3, vitamine B6, carence en fer
	Saignements gingivaux	Vitamine C, vitamine B3, acide folique, zinc, carence en vitamine D, ou toxicité de la vitamine A
	Langue rouge, enflammée	Acide folique, vitamine B3, vitamine B12
Ongles	Lignes de Beau (stries transversales, rainures horizontales)	Zinc, protéines, calcium
	Koïlonychie	Fer, protéines, anémie
	Hémorragies unguéales en flammèche	Vitamine C
	Cassants, mous, secs, fragiles, minces ; qui se fendent facilement	Magnésium ; ou toxicité de la vitamine A et toxicité du sélénium
Musculosquelettique	Douleurs osseuses	Vitamine D
	Sensibilité douloureuse des	Vitamine B1

	mollets, absence des réflexes ostéotendineux	
	Neuropathie périphérique, picotements	Acide folique, vitamine B6, vitamine B5 (acide pantothénique), phosphate, vitamine B1, vitamine B12
	Spasmes, convulsions, tétanie	Calcium, vitamine D, carence en magnésium, vitamine B6 (ou excès de magnésium et vitamine B6)
	Crampes musculaires	Chlore, sodium, potassium, magnésium, calcium, vitamine, déshydratation
	Douleurs musculaires	Vitamine D, biotine
Sexuel	Hypogonadisme, dysfonction sexuelle	Zinc
Hématologique	Anémie et fatigue	Protéines, zinc, cuivre, sélénium
	Anémie microcytaire	Fer, cuivre, pyridoxine, vitamine E
	Anémie macrocytaire	Vitamine B12, acide folique
	Neutropénie	Cuivre
Système nerveux	Ataxie	Vitamine B12, cuivre
	Myélopathie	Vitamine B2, cuivre (rarement acide folique, vitamine E)
	Polyradiculopathie	Vitamine B1
	Neuropathie	Vitamine B12, vitamine B1 (Wernicke), cuivre (rarement pyridoxine, acide folique, vitamine B3, vitamine E)
	Myopathie	Vitamine D, vitamine E
	Démence	Vitamine B3, vitamine B12
	Amnésie, hallucinations, affabulation	Vitamine B1 (Korsakoff)
	Confusion, encéphalopathie	Vitamine B1 (Wernicke), vitamine B12
Cœur	Cardiomyopathie	Sélénium
	Insuffisance cardiaque	Vitamine B1

ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES DE SUIVI DES PATIENTS AYANT SUBI UNE OPÉRATION BARIATRIQUE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Jean-Christophe POUTRAIN

Présentée et soutenue publiquement le 8 octobre 2024 à TOULOUSE.

Introduction : L'obésité, maladie chronique, contribue à une hausse significative de la morbidité et de la mortalité. En réponse à l'augmentation des cas, la chirurgie bariatrique s'est fortement développée. L'étude vise à évaluer comment les médecins généralistes en Occitanie suivent les patients après une chirurgie bariatrique et l'impact de cette chirurgie sur la gestion des maladies chroniques.

Méthode : Nous avons mené une étude quantitative descriptive auprès des médecins généralistes d'ex-Midi-Pyrénées du 10 avril au 6 juin 2024. Un questionnaire a été envoyé à 355 médecins. Les réponses étaient anonymes.

Résultats : Sur les 130 questionnaires analysés, plus de 75 % des médecins connaissent les indications et contre-indications de la chirurgie bariatrique, mais seulement 40,8 % informent leurs patientes des complications possibles en cas de grossesse. 43,1 % des médecins organisent une consultation trimestrielle avec bilan biologique la première année, mais une consultation dédiée au suivi postopératoire n'est réalisée que dans 10,8 % des cas. Plus de 70 % des généralistes ajustent leurs prescriptions médicamenteuses après l'opération. Bien que 79,2 % prescrivent des compléments multivitaminiques, 15,4 % ne surveillent pas spécifiquement les complications. Seuls 52,3 % assurent un suivi psychologique, et 23,8 % ne réalisent aucun suivi à long terme au-delà du bilan biologique.

Conclusion : La majorité des médecins sont informés des recommandations de la HAS pour la prise en charge des patients bariatriques, mais des lacunes demeurent, notamment pour les patientes en âge de procréer. L'application de ces recommandations reste insuffisante, ce qui limite une prise en charge optimale. Le suivi à long terme est souvent inadéquat, en particulier pour les carences et le soutien psychologique, bien que les maladies chroniques associées soient mieux surveillées.

Mots Clés : chirurgie bariatrique, médecins généralistes, recommandations HAS

REVIEW OF GENERAL PRACTITIONERS' FOLLOW-UP PRACTICES FOR BARIATRIC SURGERY PATIENTS

Introduction : Obesity, a chronic disease, contributes to a significant increase in morbidity and mortality. In response to the increase in cases, bariatric surgery has developed strongly. This study aims to assess how general practitioners in Occitanie follow up patients after bariatric surgery, and the impact of this surgery on chronic disease management.

Method : We conducted a descriptive quantitative study of general practitioners in the former Midi-Pyrénées region from April 10 to June 6, 2024. A questionnaire was sent to 355 doctors. Responses were anonymous.

Results : Of the 130 questionnaires analyzed, over 75% of doctors were aware of the indications and contraindications for bariatric surgery, but only 40.8% informed their patients of possible complications in the event of pregnancy. 43.1% of doctors organize a quarterly consultation with a biological check-up in the first year, but a consultation dedicated to post-operative follow-up is carried out in only 10.8% of cases. Over 70% of GPs adjust their drug prescriptions after surgery. Although 79.2% prescribe multivitamin supplements, 15.4% do not specifically monitor complications. Only 52.3% provide psychological follow-up, and 23.8% do not carry out any long-term follow-up beyond the biological check-up.

Conclusion : Most physicians are aware of the HAS recommendations for the management of bariatric patients, but gaps remain, particularly for patients of childbearing age. Application of these recommendations remains inadequate, limiting optimal management. Long-term follow-up is often inadequate, particularly for deficiencies and psychological support, although associated chronic diseases are better monitored.

Keywords : bariatric surgery, general practitioners, HAS recommendations

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde – 31 000 TOULOUSE – France