

SYNTHESE

CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ: ORGANISATION ET FINANCEMENT DES SOINS PRÉ- ET POSTOPÉRATOIRES



SYNTHESE

CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ: ORGANISATION ET FINANCEMENT DES SOINS PRÉ- ET POSTOPÉRATOIRES

KOEN VAN DEN HEEDE, BELINDA TEN GEUZENDAM, DORIEN DOSSCHE, SABINE JANSSENS, PETER LOUWAGIE, KIRSTEN VANDERPLANKEN,
PASCALE JONCKHEER



■ PRÉFACE

Le nombre d'interventions chirurgicales pour cause d'obésité ou de surpoids a fortement augmenté ces dernières années. Les chiffres les plus récents (2017) nous révèlent qu'un Belge sur 100 a déjà subi ce type d'opération, chiffres qui avaient eux-mêmes connu une augmentation de près de 80% au cours des sept années précédentes ! Il n'est donc pas surprenant que le KCE consacre à ce sujet un deuxième rapport en peu de temps. Le premier, publié en 2019, portait sur l'efficacité, la sécurité et le rapport coût-efficacité de ces interventions. Celui-ci s'appuie sur ces éléments et analyse l'organisation et le financement des soins pré- et postopératoires.

On observe en effet d'importantes différences entre hôpitaux en ce qui concerne les pratiques de soins, ce qui a également été mis en lumière par l'audit récemment réalisé par l'INAMI, le SPF Santé publique et l'AFMPS. Or les soins pré- et postopératoires sont au moins aussi importants que l'opération elle-même. Il est essentiel que le patient soit bien informé avant de se faire opérer, car même si la perte de poids est souvent très rapidement visible, c'est encore loin d'être la fin du parcours pour lui/elle. De plus, ce type de chirurgie n'est assurément pas la solution à tous ses problèmes sous-jacents, par exemple psychologiques. L'opération peut également entraîner des effets indésirables tels que des carences en vitamines, qui doivent être détectées à temps. Même après une opération chirurgicale, l'obésité reste une maladie chronique qui exige des changements de comportement pour le reste de la vie. Ce qui, pour de nombreuses personnes, ne sera possible qu'avec du soutien en suffisance. Pour toutes ces raisons, il est essentiel de pouvoir proposer aux patients une approche multidisciplinaire approfondie, comme pour les autres maladies chroniques. Approche qui doit également être structurelle, afin de maximiser les chances de succès des interventions bariatriques.

Tout ce qui précède ne doit pas nous faire perdre de vue que le problème de l'obésité – qui, d'après l'OMS, prend aujourd'hui des proportions pandémiques – ne peut être résolu par la seule chirurgie. Aujourd'hui, 49% de la population belge est en surpoids. Un adulte sur sept dépasse le seuil de l'obésité, et il en va de même pour près de 6% des enfants et adolescents. Ne devons-nous pas considérer l'augmentation du recours à la chirurgie bariatrique comme un échec du système médical et de la société face à cet emballement mondial de l'obésité ? Les facteurs individuels que sont nos prédispositions génétiques, nos habitudes alimentaires et notre niveau d'activité physique sont influencés par des facteurs de société tels que l'abondance d'aliments trop riches et la généralisation de la sédentarité. L'OMS appelle donc à un engagement fort dans la prévention et la prise en charge précoce de l'obésité. Cela nécessite du soutien au niveau de chaque patient individuel, mais aussi des adaptations du contexte sociétal, afin de faciliter le choix d'un mode de vie sain pour tout un chacun.



Bien sûr, nous nous devons de venir en aide aux personnes qui ont déjà atteint un stade avancé de la maladie qu'est l'obésité, et de leur apporter le soutien nécessaire pour améliorer durablement leur santé. Vous trouverez nos recommandations à ce sujet dans ce rapport ; elles sont basées sur notre analyse scientifique et sur une concertation approfondie avec toutes les parties prenantes. Nous tenons également à remercier chaleureusement l'Agence Intermutualiste (IMA) pour l'analyse des données, ainsi que tous les patients et professionnels de santé qui ont contribué à une meilleure compréhension de la situation actuelle.

Christophe JANSSENS
Directeur général adjoint a.i.

Marijke EYSEN
Directeur général a.i.

■ MESSAGES CLÉS

- En Belgique 33,4 % des adultes sont en surpoids (IMC de 25 à 29,9) et 16 % sont obèses (IMC ≥ 30). **Ce pourcentage augmente d'année en année**, comme c'est le cas dans la plupart des autres pays du globe.
- **La chirurgie bariatrique** (= pour perdre du poids) peut être envisagée en cas d'obésité morbide (BMI ≥ 40), ou d'obésité grave (BMI $\geq 35-40$) avec comorbidités, si des adaptations préalables du style de vie (alimentation équilibrée, activité physique) n'ont pas permis d'obtenir une perte de poids suffisante. Entre 2007 et 2017, 106 679 patients ont bénéficié d'une opération de chirurgie bariatrique dans notre pays, ce qui représente **environ 1 % de la population belge**.
- Les interventions les plus pratiquées en Belgique, sont **le bypass gastrique (63 %) et la gastrectomie longitudinale ou sleeve (35 %)**. L'utilisation de l'anneau gastrique ajustable (LAGB) est en forte baisse (seulement 1,3 % des cas).
- **L'objectif principal de la présente étude** est de formuler des recommandations concernant l'organisation et le financement des soins aux patients bénéficiant d'une intervention de chirurgie bariatrique. L'accent est mis sur les soins préopératoires et sur le suivi à long terme après la sortie de l'hôpital (suivi postopératoire).
- Actuellement, la chirurgie bariatrique est remboursée à condition que la décision d'opérer ait été prise au cours d'une concertation multidisciplinaire. Toutefois, la composition de **l'équipe multidisciplinaire varie beaucoup d'un centre de chirurgie bariatrique à l'autre, de même que la manière dont cette équipe fonctionne, se réunit et prépare les patients à l'opération et à la vie après l'opération**.
 - Le KCE propose que les critères légaux actuels de remboursement de la chirurgie bariatrique soient maintenus, mais que des **conditions supplémentaires** soient ajoutées avec, pour chaque patient, une **concertation multidisciplinaire** en présence des professionnels concernés. Un **diététicien** devrait également y participer, et le **médecin généraliste** du patient devrait être consulté (au sujet des antécédents du patient (p.ex. ses tentatives de perte de poids), sa situation socioéconomique et ses capacités à respecter les modalités du suivi à long terme, sans que son avis (éventuellement écrit) ne soit contraignant.
 - Avant une intervention de chirurgie bariatrique, le patient doit donner son **consentement éclairé** au terme d'un processus qui devrait comprendre les éléments suivants : une discussion approfondie entre l'équipe soignante et le patient, l'utilisation de différents canaux de communication et de soutien pour informer et préparer chaque patient, une approche spécifique pour les patients vulnérables, une évaluation préalable par l'équipe multidisciplinaire de la capacité du patient à comprendre les informations, à adapter son comportement et à être suivi sur une longue période, un minimum de 3 mois entre le premier contact avec le centre de chirurgie bariatrique et l'intervention chirurgicale proprement dite, sauf pour des raisons médicales urgentes.
- Pour obtenir une **perte de poids durable** après une chirurgie bariatrique, le patient doit adapter son mode de vie et ses habitudes alimentaires, et se plier à un suivi à long terme. Mais beaucoup de patients ne



semblent pas en être suffisamment conscients. Ils considèrent trop souvent la procédure comme une solution rapide, et sont nombreux à abandonner ensuite les rendez-vous de suivi. On observe également des **variations importantes** dans la manière dont les centres belges de chirurgie bariatrique préparent leurs patients à l'opération et dont ils effectuent le suivi postopératoire.

- Afin de limiter ces variations à l'avenir, il est nécessaire d'élaborer un **document de consensus national comprenant les interventions les plus importantes pour les soins pré et postopératoires multidisciplinaires**. Ce document de consensus devrait être rédigé par les organisations professionnelles de chirurgie bariatrique. Sur la base de cet itinéraire de soins standard, chaque centre de chirurgie bariatrique pourrait déployer des itinéraires de soins adaptés à son contexte local. Le suivi multidisciplinaire doit se faire de façon échelonnée, en fonction des besoins du patient et de sa capacité à gérer ses soins.
- Le suivi par le centre de chirurgie bariatrique doit durer **au moins 2 ans** pour tous les patients sauf s'il apparaît qu'un suivi complémentaire et/ou des soins plus intensifs et/ou spécifiques par l'équipe multidisciplinaire restent nécessaires, ou le redeviennent.
- En Belgique, **presque tous les hôpitaux généraux** pratiquent des interventions bariatriques, mais certains beaucoup moins que d'autres : entre 3 et plus de 800 interventions par an (moyenne sur 3 ans). Or si le nombre d'interventions par centre est trop faible, il existe un risque que l'équipe multidisciplinaire ne détienne pas une expertise suffisante.
 - Pour garantir cette expertise multidisciplinaire, la chirurgie bariatrique devrait être limitée **aux centres et aux chirurgiens qui atteignent des volumes-seuils minimum**. Ce seuil devrait être de 100 interventions par an et par site hospitalier, et chaque centre devrait disposer d'au moins deux chirurgiens, effectuant chacun un minimum de 25 interventions par an.
- Chaque centre de chirurgie bariatrique devrait mettre en place un coordinateur de soins chargé, entre autres, d'être le point de contact pour les patients, d'organiser la concertation multidisciplinaire et les séances d'information, de contrôler le respect des rendez-vous de suivi par les patients, etc.
- Différentes stratégies doivent être utilisées pour faciliter l'implication du patient dans son suivi. Outre le support d'un coordinateur, il est proposé de mettre en place :
 - un programme comprenant de l'éducation et du soutien individuel et en groupe pour les changements de comportement, la possibilité de rencontrer d'autres patients opérés, la mise à disposition d'outils pratiques pour accompagner le suivi et le maintien des adaptations comportementales nécessaires (p.ex. journal de bord des apports alimentaires, application pour smartphone) et l'utilisation d'outils de communication technologiques (p.ex. par téléphone ou par vidéo) en complément des consultations de suivi ;



- des incitants pour que le patient respecte ses rendez-vous de suivi (p.ex. suppléments vitaminiques gratuits) ;
- l'implication des patients en tant qu'experts de vécu dans l'élaboration des itinéraires de soins locaux.
- Le KCE propose de financer les soins de la chirurgie bariatrique par un **système de conventions**, avec un forfait couvrant les consultations non médicales (dont un nombre minimum de consultations chez un psychologue et un diététicien), les concertations multidisciplinaires, les incitants pour les patients, l'encodage de données dans le registre central de chirurgie bariatrique (voir plus loin) et la fonction de coordinateur. Les consultations chez le diététicien et le psychologue sont recommandées dans la littérature mais ne sont actuellement pas remboursées par l'assurance maladie en Belgique.
 - **L'objectif de ces conventions est de limiter la chirurgie bariatrique aux centres disposant d'une équipe multidisciplinaire détenant une expertise spécialisée.** Ces équipes seraient responsables de la sélection et du suivi des patients. Le suivi devrait durer au moins 2 ans pour tous les patients, et jusqu'à 5 ans si nécessaire, toujours en collaboration avec les soins de première ligne. Les centres de chirurgie bariatrique devront proposer des formations et des outils pratiques (informatiques) à la première ligne.
 - **L'intervention chirurgicale et les consultations médicales seraient toujours remboursées à l'acte ou via des forfaits prospectifs globaux pour les soins à faible variabilité**, mais uniquement lorsqu'elles sont effectuées dans des centres avec lesquels une convention a été conclue ET par des chirurgiens ayant une expertise spécifique en chirurgie bariatrique (au moins deux par centre).
 - Pour les **médecins généralistes, une nomenclature** doit être élaborée afin de les rémunérer pour le temps consacré aux concertations multidisciplinaires.
- À l'heure actuelle, les hôpitaux pratiquant la chirurgie bariatrique sont légalement tenus de conserver dans un **registre** les données du formulaire de la mutualité. Toutefois, ces registres dans leur forme actuelle ne conviennent pas **à des fins de recherche ou de politique de santé**, car les données ne sont pas partagées dans un registre central et la collecte de données n'est pas uniforme. En outre, un récent audit a montré que 32 % des hôpitaux contrôlés ne tiennent pas un tel registre.
 - Ces obligations légales devraient être modifiées de manière à ce que chaque centre (répondant aux critères de la convention) soit obligé de participer à un **registre de chirurgie bariatrique national et uniformisé (avec financement public)**, sur le modèle de ceux tenus en Suède et aux Pays-Bas. Le registre doit contenir les données de tous les patients depuis la première discussion de leur cas en concertation multidisciplinaire (patients opérés et non opérés) jusqu'à 5 ans après l'opération (complété au moins une fois par an). Cet enregistrement de données vise à permettre le développement d'indicateurs de processus et le monitoring des résultats de la chirurgie, afin d'évaluer et d'ajuster l'offre de soins. A terme, les données devront également être rendues publiques.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	MESSAGES CLÉS.....	3
■	SYNTHÈSE	6
1	INTRODUCTION	8
1.1	CONTEXTE	8
1.1.1	Qu'est-ce que l'obésité ?	8
1.1.2	L'obésité est en augmentation partout dans le monde	8
1.1.3	Comment traiter l'obésité ?	8
1.2	OBJECTIF DE L'ÉTUDE	9
1.3	COMMENT AVONS-NOUS RÉALISÉ CETTE ÉTUDE ?	9
2	LA CHIRURGIE BARIATRIQUE EN BELGIQUE : SITUATION ACTUELLE.....	10
2.1	LE REMBOURSEMENT EST SOUMIS À CERTAINES CONDITIONS.....	10
2.2	UN BELGE SUR 100 A DÉJÀ FAIT APPEL À LA CHIRURGIE BARIATRIQUE	10
2.3	PRATIQUÉE DANS QUASI TOUS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX	11
3	PROPOSITIONS POUR UNE AMÉLIORATION DE L'ORGANISATION ET DU FINANCEMENT DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE EN BELGIQUE.....	12
3.1	INTRODUCTION	12
3.2	ACCÈS À LA CHIRURGIE BARIATRIQUE.....	12
3.2.1	Conditions de remboursement	12
3.2.2	Concertation multidisciplinaire préopératoire	12
3.3	CENTRES DE CHIRURGIE BARIATRIQUE	14
3.3.1	Équipe multidisciplinaire.....	14
3.3.2	Un itinéraire de soins national.....	17
3.3.3	Volume minimal d'interventions	19



3.4	IMPLICATION DE LA PREMIÈRE LIGNE.....	22
3.4.1	Nombre de patients bariatriques par médecin généraliste	22
3.4.2	Implication des médecins généralistes en Belgique et à l'étranger	22
3.4.3	Rôle potentiel de la première ligne.....	23
3.4.4	Obstacles à la participation de la première ligne	23
3.4.5	Renforcer la collaboration avec la première ligne	23
3.5	IMPLICATION ET ENGAGEMENT DU PATIENT	25
3.5.1	En préopératoire.....	25
3.5.2	Taux d'abandon élevé en postopératoire	26
3.5.3	Comment mieux impliquer le patient ?.....	27
3.6	FINANCEMENT DES SOINS BARIATRIQUES PAR L'ASSURANCE MALADIE	28
3.6.1	Consultations chez le psychologue ou le diététicien.....	28
3.6.2	Prestations de l'équipe multidisciplinaire	29
3.6.3	Médecins généralistes.....	29
3.6.4	Chirurgie reconstructrice	29
3.7	REGISTRE POUR LA CHIRURGIE BARIATRIQUE.....	31
3.7.1	Les obligations actuelles sont insuffisantes	31
3.7.2	Créer un registre national obligatoire	31
3.7.3	Les exemples de la Suède et des Pays-Bas.....	31
■	RECOMMANDATIONS	33
■	RÉFÉRENCES	40



1 INTRODUCTION

1.1 Contexte

1.1.1 Qu'est-ce que l'obésité ?

L'obésité est une accumulation de tissu graisseux dans l'organisme. Elle augmente les risques de diverses affections, telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'arthrose et certains cancers, et cause ainsi, en fin de compte, une diminution de l'espérance de vie. Elle est également cause de stigmatisation et de souffrance psychologique.

La mesure de l'obésité se fait généralement à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC), encore appelé *Body Mass Index* (BMI) en anglais. L'IMC correspond au poids divisé par le carré de la taille. Il s'exprime donc en kg par m².

$$\text{IMC} = \text{poids (kg)} / (\text{taille (m)} \times \text{taille (m)})$$

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un adulte dont l'IMC se situe entre 25 et 29,9 est en « excès de poids », et il y a obésité à partir d'un IMC de 30. Entre 35 et 39,9 il s'agit d'obésité grave et à partir de 40, d'obésité morbide.

1.1.2 L'obésité est en augmentation partout dans le monde

En Belgique, 33,4 % des adultes sont actuellement en surpoids et 16 % sont obèses. Ces proportions augmentent chaque année, chez nous comme dans la plupart des autres pays.

1.1.3 Comment traiter l'obésité ?

Les bases de la prévention et du traitement du surpoids et de l'obésité sont une alimentation saine et/ou moins calorique, et de l'activité physique. Il s'agit de mesures relativement peu coûteuses et quasi dénuées d'effets indésirables. Lorsqu'elles ne permettent pas d'obtenir l'effet souhaité, on peut considérer d'y ajouter des médicaments. Ces médicaments ne sont toutefois pas remboursés en Belgique et ne jouent actuellement qu'un rôle accessoire dans la prise en charge.

Si l'obésité persiste malgré ce traitement dit « conservateur » (= sans opération), une opération chirurgicale destinée à faire perdre du poids peut être envisagée ; c'est ce que l'on appelle la chirurgie métabolique et bariatrique^a. Ce type de chirurgie n'est généralement recommandé qu'aux personnes présentant une obésité morbide, ou à celles présentant une obésité grave pour autant qu'elle soit associée à d'autres problèmes, comme par exemple le diabète.

Dans une récente étude sur l'efficacité, la sécurité et le rapport coût-efficacité de la chirurgie bariatrique, le KCE a montré que cette approche est plus efficace que le traitement conservateur dans les cas d'obésité morbide et d'obésité grave combinée avec d'autres affections ([rapport KCE 316-2019](#))¹. Toutefois, l'opération ne résout pas tous les problèmes et il existe notamment un risque de complications et d'effets secondaires. De plus, pour que son effet soit réel et durable, le patient doit adapter ses habitudes alimentaires et son comportement (par exemple, en faisant plus d'exercice physique), et ce pour le reste de sa vie. Il lui est également demandé de se plier à un suivi médical et nutritionnel, voire psychologique à long terme. Chaque candidat à la chirurgie bariatrique devrait donc être bien informé à ce sujet et recevoir des conseils appropriés, tant avant qu'après l'intervention.

^a Dans la suite de ce rapport, nous utiliserons le terme « chirurgie bariatrique ».



Il est également important de mieux faire connaître la chirurgie bariatrique auprès du grand public. De nombreux patients obèses se sentent stigmatisés à cause de leurs tentatives infructueuses de perdre du poids et de leur décision de se faire opérer, souvent considérée comme une solution de facilité, ce qui peut avoir un impact négatif sur leur estime de soi.

1.2 Objectif de l'étude

L'objectif principal de la présente étude est de formuler des recommandations concernant l'organisation et le financement de la prise en charge des patients qui bénéficient d'une intervention de chirurgie bariatrique. L'accent est mis sur la prise en charge préopératoire et sur le suivi post-hospitalisation, y compris à long terme. L'organisation et le financement de l'hospitalisation n'entrent pas dans le cadre de cette étude, pas plus que la prévention et le traitement conservateur de l'obésité qui, étant donné leur importance dans la lutte contre l'épidémie d'obésité, méritent une étude à part entière.

1.3 Comment avons-nous réalisé cette étude ?

Plusieurs éléments ont servi de base à la formulation des propositions d'amélioration :

Nous avons d'abord décrit la **situation actuelle de la chirurgie bariatrique en Belgique** en nous basant sur une analyse de la littérature grise et des bases de données administratives (chapitre 2 du rapport scientifique).

Nous avons également mené une étude qualitative auprès de patients, de médecins et d'autres professionnels des soins de santé afin d'identifier les **bonnes pratiques et les points positifs, ainsi que les obstacles et les défis** auxquels ils sont confrontés (chapitre 3 du rapport scientifique).

Nous avons ensuite analysé la littérature scientifique relative aux itinéraires de soins et les recommandations de bonne pratique (guidelines) existants afin d'identifier **les bonnes pratiques au niveau international** dans ce domaine (chapitre 4 du rapport scientifique).

Les pratiques de quelques pays (Angleterre, France, Suède et Pays-Bas) ont été examinées de manière plus détaillée et nous avons effectué une recherche de littérature supplémentaire, ciblée **sur la relation entre le nombre de patients opérés et les résultats, ainsi que sur le respect des**

rendez-vous de suivi et des conseils d'adaptation du mode de vie (chapitre 5 du rapport scientifique).

Il existe peu de preuves scientifiques permettant de privilégier un modèle précis d'organisation et de financement de la chirurgie bariatrique et notre analyse confirme que d'autres pays sont également confrontés à ce problème.

Sur la base des différents éléments de notre étude et d'une analyse des mécanismes utilisés dans d'autres domaines des soins de santé belges (p.ex. les conventions), nous avons formulé une première série de propositions pour améliorer l'organisation et le financement de la chirurgie bariatrique. L'analyse des preuves scientifiques disponibles et les recommandations ont été présentées aux parties prenantes (stakeholders) et aux experts (chirurgiens bariatriques et autres professionnels concernés, comme les diététiciens, psychologues, infirmiers, endocrinologues, médecins généralistes) ainsi qu'aux représentants des institutions publiques concernées et aux patients. La méthodologie est décrite en détail dans le chapitre 6 du rapport scientifique.

Enfin, nous avons formulé les recommandations que vous trouverez à la fin de ce rapport, pour un meilleur financement et une meilleure organisation des soins.



2 LA CHIRURGIE BARIATRIQUE EN BELGIQUE : SITUATION ACTUELLE

2.1 Le remboursement est soumis à certaines conditions

Depuis 2007, la chirurgie bariatrique est remboursée dans notre pays moyennant les conditions suivantes :

- Avoir au moins 18 ans et un IMC ≥ 40 OU
- Avoir au moins 18 ans et un IMC ≥ 35 , en présence de l'une des affections suivantes :
 - Diabète traité par médicaments
 - Hypertension résistante au traitement (c'est-à-dire $>140/90$ mmHg, malgré un traitement d'au moins 1 an, avec utilisation concomitante d'au moins 3 antihypertenseurs)
 - Apnées obstructives du sommeil (OSAS)
 - Chirurgie de révision après une complication ou résultat insuffisant d'une chirurgie bariatrique antérieure.

En outre :

- le patient doit avoir suivi un régime alimentaire documenté pendant au moins un an, sans succès durable ;
- son cas doit avoir été discuté en concertation multidisciplinaire avec, outre le chirurgien, au moins un interniste et un psychologue clinicien ou un psychiatre. Le rapport de cette concertation, accompagné d'une déclaration commune d'indication de la chirurgie, doit être signé par au moins trois de ces spécialistes et figurer dans le dossier médical du patient. Le régime alimentaire suivi par le patient doit également y être documenté ;
- les hôpitaux doivent tenir un registre dans lequel est retranscrit le contenu du formulaire de notification au médecin-conseil de la mutualité.

2.2 Un Belge sur 100 a déjà fait appel à la chirurgie bariatrique

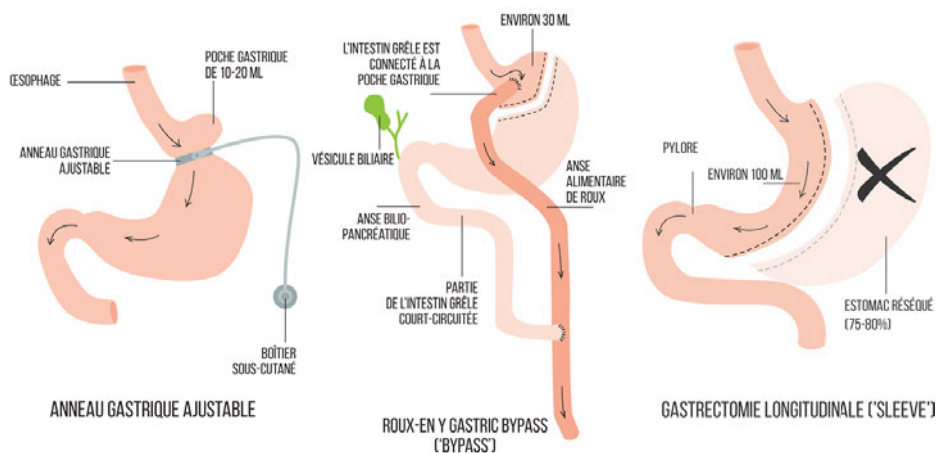
Entre 2007 et 2017, 106 679 patients ont bénéficié d'une chirurgie bariatrique dans notre pays, c'est-à-dire environ 1 % de la population belge. Le nombre d'interventions effectivement réalisées est encore plus élevé, car certains centres opèrent de nombreux patients étrangers (notamment des Pays-Bas, de France et d'Angleterre). De plus, ces chiffres ne comprennent pas les ré-interventions.

La chirurgie bariatrique est en constante augmentation dans notre pays depuis quelques années. En 2017, environ 13 000 (premières) opérations ont été réalisées, ce qui correspond à une augmentation de près de 80 % par rapport aux sept années précédentes. On observe aussi une importante variation géographique, avec un plus grand nombre d'interventions en Wallonie qu'en Flandre et à Bruxelles.

Les interventions les plus souvent pratiquées dans notre pays sont le bypass gastrique de Roux-en-Y (63 %) et la gastrectomie longitudinale (ou sleeve) (35 %) (voir figure 1). L'utilisation de l'anneau gastrique ajustable est en diminution (seulement 1,3 % des cas) et 50 % de ces interventions sont réalisées par un seul chirurgien.



Figure 1 – interventions de chirurgie bariatrique : anneau ajustable, bypass (Roux en Y) et gastrectomie longitudinale



Pour plus de détails sur ces interventions, vous pouvez consulter la première partie de cette étude ([Rapport KCE 216-2019](#))

2.3 Pratiquée dans quasi tous les hôpitaux généraux

La quasi-totalité des hôpitaux généraux belges pratiquent des interventions de chirurgie bariatrique, mais avec de grandes différences de fréquence : certains ne font que 3 interventions par an^b, d'autres plus de 800 (moyenne par an basée sur 3 ans). Plus de la moitié des interventions sont le fait de 21 hôpitaux, dans lesquels se pratiquent au moins 200 opérations par an. Le type d'intervention varie également : certains hôpitaux privilégient l'une d'entre elles (gastrectomie longitudinale ou bypass gastrique) alors que d'autres pratiquent les deux de manière plus ou moins égale.

Sur 301 chirurgiens^c recensés comme ayant pratiqué au moins une intervention bariatrique, près de la moitié (131) ont effectué 93 % de toutes les interventions, avec une moyenne de 25 ou plus par an. Seuls 44 hôpitaux comptent deux chirurgiens (ou plus) atteignant chacun cette moyenne (chiffres de 2014-2016).

Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, on observe également une grande hétérogénéité dans les prises en charge pré- et postopératoires, en termes de durée, de soins prodigués, de professionnels impliqués, de nombre et de type de consultations, de degré de collaboration avec la première ligne, etc.

^b On ne compte ici que les interventions primaires remboursées par l'INAMI.

^c Pour faciliter la lecture, nous mettrons tous les noms de profession au masculin : chirurgien, diététicien, etc.



3 PROPOSITIONS POUR UNE AMÉLIORATION DE L'ORGANISATION ET DU FINANCEMENT DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE EN BELGIQUE

3.1 Introduction

Sur la base des résultats de la recherche de littérature, de l'analyse des exemples étrangers, de la recherche qualitative et de l'enquête auprès des stakeholders, nous proposons une série de recommandations articulées autour des 6 piliers suivants :

- Accès à la chirurgie bariatrique (section 3.2) ;
- Centres de chirurgie bariatrique (section 3.3) ;
- Collaboration avec la première ligne de soins (section 3.4) ;
- Consentement éclairé du patient (section 3.5) ;
- Remboursement et financement (section 3.6) ;
- Registre de chirurgie bariatrique (section 3.7).

3.2 Accès à la chirurgie bariatrique

3.2.1 Conditions de remboursement

À l'heure actuelle, le patient doit remplir un certain nombre de critères pour pouvoir bénéficier du remboursement d'une intervention de chirurgie bariatrique (voir section 2.1). Toutefois, la grande majorité des experts consultés sont d'avis que ces critères doivent être rendus plus stricts. Différentes organisations internationales plaident également en ce sens. Les critères doivent non seulement permettre de vérifier si l'opération est appropriée ou non (par exemple, s'il existe des contre-indications médicales, psychologiques ou comportementales), mais ils doivent

également permettre d'estimer si les patients sont réellement préparés à l'opération et à la vie après l'opération.

3.2.2 Concertation multidisciplinaire préopératoire

3.2.2.1 Participation des différents professionnels

À l'heure actuelle, pour qu'une intervention de chirurgie bariatrique soit remboursée, elle doit avoir été précédée d'une **concertation multidisciplinaire** à laquelle participent, outre le chirurgien, au moins un médecin interniste et un psychologue/psychiatre clinicien.

La manière dont cette concertation se déroule varie fortement d'un centre à l'autre. Dans certains centres, une réunion de concertation multidisciplinaire a lieu pour chaque patient, tandis que dans d'autres, elle ne concerne que certains patients, ou n'a lieu que 'sur papier' (c'est-à-dire que les professionnels concernés signent un formulaire sans véritable concertation). L'implication des autres disciplines professionnelles est également variable :

- Dans certains centres, le **psychologue** a un rôle plutôt formaliste (apposer sa signature), dans d'autres, il sert de « gatekeeper » (excluant les patients qui présentent une contre-indication psychosociale – refus parfois ignoré par les chirurgiens). Dans d'autres centres encore, il est un véritable « coach » offrant un support psychologique avant l'opération aux patients qui en ont besoin et un accompagnement après l'opération dans les adaptations du mode de vie.
- Le rôle des **diététiciens** est également variable selon les centres, ce qui peut s'expliquer par le fait que leur consultation n'est ni obligatoire ni remboursée. Pourtant, les guidelines internationaux préconisent l'implication de ces professionnels, et leur intervention est courante dans les exemples étrangers.
- L'implication des **kinésithérapeutes** est également variable. Dans certains centres, ils proposent un programme d'activité physique, mais dans la plupart des cas, leur rôle est plutôt limité.



- Enfin, peu de centres impliquent activement le **médecin généraliste**. Ils ne sont pas souvent invités à la concertation multidisciplinaire et leur avis sur la procédure bariatrique envisagée et sur le contexte socio-économique et psychosocial du patient n'est généralement pas sollicité. Il s'agit pourtant d'une recommandation au niveau international.

3.2.2.2 Implication du diététicien et avis du médecin généraliste

L'étude qualitative a montré que certains centres ne respectent pas strictement les critères légaux actuels, voire ont tendance à les contourner, par exemple en conseillant à certains patients de prendre du poids afin de correspondre aux critères d'IMC. Les critères actuels devraient donc non seulement être plus strictement respectés, mais également être étendus. C'est ainsi que la grande majorité des experts interrogés ont estimé que **la concertation multidisciplinaire devrait obligatoirement se dérouler en présence des professionnels impliqués** (éventuellement par vidéoconférence), qu'elle devrait être tenue pour chaque patient, et que la participation d'un **diététicien** et du **médecin généraliste** devrait également être imposée (par la loi).

L'implication du médecin généraliste n'a guère rencontré d'opposition, car il connaît le contexte médical, psychologique et socio-économique du patient, l'histoire de son obésité et ses précédentes tentatives de perte de poids. Néanmoins, les experts ont fait remarquer qu'une telle participation se heurtait à un certain nombre d'obstacles pratiques tels que le manque de temps – et parfois aussi de motivation – du médecin généraliste, le fait que certains patients n'ont pas de médecin traitant, etc. Les experts ont donc proposé que seule l'invitation du médecin généraliste à la concertation soit obligatoire, mais que celui-ci reste libre d'y participer ou non, éventuellement par vidéoconférence ou sur la base d'un rapport écrit. Les experts ont également préconisé de rendre l'avis du médecin généraliste non contraignant et de prévoir une rémunération pour sa participation, comme dans le cas de la concertation multidisciplinaire en oncologie.

Proposition 1

Le KCE propose de **maintenir les critères légaux actuels** de remboursement de la chirurgie bariatrique, et d'y ajouter des **conditions supplémentaires** suivantes :

- La **concertation multidisciplinaire** destinée à poser l'indication de chirurgie bariatrique doit obligatoirement se faire **en présence des professionnels concernés** (éventuellement par vidéoconférence) et ce, **pour chaque patient**.
- En plus d'un chirurgien bariatrique, d'un interniste/endocrinologue/gastro-entérologue et d'un psychologue/psychiatre, la participation d'un **diététicien** du centre est également requise.
- Le **médecin généraliste du patient (de préférence le médecin en charge du DMG) doit être consulté** au sujet des antécédents du patient (p.ex. ses tentatives de perte de poids), sa situation socioéconomique et ses capacités à respecter les modalités du suivi à long terme, mais **son avis (éventuellement écrit) ne doit pas être contraignant**.

Le patient est considéré comme un **partenaire actif** dans le processus de décision mais il n'est pas nécessairement présent lors de la concertation.

Le KCE recommande de **financer** la concertation multidisciplinaire où sont discutés les avis de chaque membre de l'équipe et du médecin généraliste, ainsi que la/les consultations(s) préopératoire(s) du diététicien et du psychologue (voir section 3.6).



3.3 Centres de chirurgie bariatrique

3.3.1 Équipe multidisciplinaire

3.3.1.1 Composition des équipes multidisciplinaires

Les équipes multidisciplinaires des centres bariatriques belges ont des compositions très hétérogènes. Certains hôpitaux disposent d'équipes très étoffées, comprenant plusieurs chirurgiens bariatriques, endocrinologues, diététiciens, psychologues, kinésithérapeutes et infirmiers – tous disposant d'une expertise bariatrique – tandis que d'autres hôpitaux n'ont que de très petites équipes, voire pas d'équipe multidisciplinaire spécifique.

Les exemples étrangers que nous avons analysés montrent que l'équipe multidisciplinaire de base doit être composée d'au moins deux chirurgiens bariatriques (pour garantir la continuité des soins), d'un interniste/endocrinologue/gastro-entérologue, d'un diététicien et d'un psychologue. Cette équipe de base doit pouvoir faire appel à d'autres disciplines (p. ex. à un kinésithérapeute ayant une expertise spécifique en matière d'obésité, ou à d'autres disciplines médicales) ou pouvoir être élargie (p.ex. à un infirmier spécialisé en soins bariatriques).

3.3.1.2 Coordinateur de soins

Les patients ont indiqué qu'ils souhaitaient pouvoir compter sur un **point de contact permanent**, de préférence un professionnel qu'ils connaissent. Presque tous les experts ont pour leur part soutenu l'idée d'un **coordinateur** en charge de l'organisation des concertations multidisciplinaires, du contact avec les médecins généralistes, de l'organisation des séances d'information, du contrôle de la présence des patients aux rendez-vous de suivi et de la gestion du registre de chirurgie bariatrique (voir section 3.7). Ce professionnel pourrait également être la personne de référence demandée par les patients. Certaines des tâches de coordination exigent une formation clinique, tandis que d'autres sont de nature plus administrative et peuvent être déléguées à du personnel non soignant.

3.3.1.3 Variabilité du suivi

Les interviews de patients et de professionnels menées dans le cadre de cette étude, ainsi que le récent audit des hôpitaux réalisé par l'AFMPS, le SPF Santé publique et l'INAMI² montrent que la prise en charge préopératoire et le **suivi postopératoire** sont **très variables** d'un centre à l'autre (nombre de consultations, durée globale du suivi). Dans certains centres, ce suivi est uniquement médical (par le chirurgien bariatrique). Lorsque des diététiciens ou des psychologues sont impliqués, ils se concentrent souvent sur les aspects 'techniques' du régime, au lieu de donner des conseils pratiques et d'accompagner les patients dans les modifications nécessaires de leur mode de vie. Certains centres ne semblent même pas proposer de suivi clairement organisé. Les patients soulignent ce manque d'accompagnement.

Par ailleurs, la durée et le nombre de consultations du suivi varient considérablement d'un centre à l'autre ; le moment du transfert vers le médecin généraliste n'est pas clairement défini.

Comme mentionné plus haut, il est essentiel que le patient bénéficie d'un suivi systématique et multidisciplinaire après l'opération bariatrique. Ce suivi doit couvrir les aspects médicaux (détection et traitement précoces d'éventuels effets secondaires et complications, comorbidités, gestion des médicaments, biologie clinique, etc.), nutritionnels et psychologiques (y compris une psychothérapie si nécessaire). Il doit également offrir un soutien au patient dans l'adaptation de son mode de vie et de ses habitudes alimentaires, via du coaching, de la thérapie comportementale ou d'autres formes d'accompagnement afin que ces adaptations soient durables.

D'après les guidelines et les itinéraires de soins analysés, et d'après la grande majorité des experts consultés, **c'est l'équipe multidisciplinaire qui doit être responsable de ce suivi.**



3.3.1.4 Durée du suivi spécialisé

D'après les guidelines et les itinéraires de soins étudiés, et d'après les experts interrogés, le suivi d'un patient dans un centre de chirurgie bariatrique doit durer au moins deux ans après l'opération. C'est le cas en Angleterre et en Suède, le suivi étant alors transféré vers les soins de première ligne. Ces deux ans doivent toutefois être considérés comme un minimum absolu, car de nombreux problèmes, tels que la reprise de poids et les addictions ne surviennent souvent qu'après ce délai. C'est pourquoi, aux Pays-Bas, **le suivi spécialisé dure cinq ans**, et se fait en collaboration avec la première ligne.

En Belgique, une condition minimale pourrait être, dans une première phase, un suivi spécialisé durant au moins 2 ans pour tous les patients, avec un nombre de consultations de suivi adapté aux besoins du patient, mais avec un minimum de 4 consultations au cours de la première année, et de une ou deux au cours de la deuxième année. Après ces deux ans, un bilan permettrait de déterminer si le patient a besoin de soins spécialisés supplémentaires (p.ex. une consultation annuelle jusqu'à 5 ans après l'opération, éventuellement des consultations additionnelles – individuelles ou de groupe – chez le diététicien et/ou le psychologue) et si le suivi peut être transféré au médecin généraliste du patient (de préférence le médecin en charge du DMG). Le centre doit toutefois rester rapidement accessible en cas de problèmes spécifiques (p.ex. problèmes psychosociaux, besoin de soutien, besoin de conseils nutritionnels supplémentaires, complications, reprise de poids). Le médecin généraliste doit également disposer de l'expertise nécessaire (p.ex. formation sur le suivi de la chirurgie bariatrique) et de ressources suffisantes (p.ex. checklist des signaux d'alarme) pour détecter rapidement ces problèmes.

Après la phase de démarrage de la convention (voir section 3.6), il conviendra d'évaluer si la durée minimale de deux ans (pour tous les patients) doit être ajustée. Les évolutions et recommandations internationales devraient également être prises en compte dans cette évaluation.

3.3.1.5 Collaboration avec une clinique spécialisée de l'obésité

Dans certains pays, les centres de chirurgie bariatrique sont obligés de collaborer avec des cliniques spécialisées dans le traitement (conservateur) de l'obésité ou avec la première ligne. L'intensité et le caractère obligatoire de cette collaboration sont toutefois très variables. En Angleterre, les patients ne peuvent bénéficier d'une chirurgie bariatrique qu'après un traitement conservateur dans une clinique spécialisée, et c'est cette dernière qui décide d'envoyer le patient vers la chirurgie. Une telle approche – et le fait que le budget pour la chirurgie bariatrique soit limité – peut toutefois conduire à une sous-utilisation de la chirurgie. Dans le cadre de son plan national sur l'obésité, la France a également tenté de renforcer l'approche multidisciplinaire en créant des « Centres Spécialisés de l'Obésité » (CSO) qui proposent un traitement conservateur et travaillent souvent en étroite collaboration avec les centres de chirurgie bariatrique. Ici également, en l'absence de financement durable, le succès a été mitigé. Aux Pays-Bas, c'est le médecin généraliste qui est responsable du traitement conservateur et qui oriente le patient vers un centre de chirurgie bariatrique ; il n'y a pratiquement pas d'accès direct.

Dans notre pays, les centres de chirurgie bariatrique devraient également conclure des accords de collaboration avec les médecins généralistes et les cliniques spécialisées dans le traitement (conservateur) de l'obésité, entre autres.

3.3.1.6 Chirurgie reconstructrice

Tant la littérature que les entretiens avec les patients rapportent que les excès de peau apparaissant après une perte de poids importante ont un impact sur le plan physique (p.ex. inconfort, irritation et infection de la peau) et psychosocial (p.ex. réduction de l'estime de soi, isolement social, sentiments dépressifs) mais aussi financier (le remboursement de la chirurgie reconstructrice est limité). Les patients ont souligné qu'ils n'étaient pas suffisamment informés à ce sujet avant l'opération. Ce remboursement limité de la chirurgie reconstructrice est une lacune mentionnée par de nombreux patients et professionnels interrogés, mais cet aspect sort du cadre de la présente étude.



Proposition 2

Le KCE propose que **l'équipe multidisciplinaire de base** d'un centre de chirurgie bariatrique comprenne au moins deux chirurgiens, un interniste/endocrinologue/gastro-entérologue, un diététicien et un psychologue ou psychiatre.

Tous les professionnels de soins de santé concernés doivent disposer d'une expertise avérée en matière de chirurgie bariatrique (p.ex. formation continue, participation à des échanges avec les professionnels d'autres centres, nombre important de patients obèses vus en consultation). Cette équipe multidisciplinaire doit pouvoir faire appel à **d'autres disciplines** au sein de l'hôpital (ou du réseau locorégional – voir plus loin) en cas de besoin :

- un kinésithérapeute ayant une expérience de l'obésité/de la chirurgie bariatrique ;
- des médecins spécialisés dans certains troubles psychologiques/psychiatriques (p.ex. troubles alimentaires, dépendances diverses), ou en gynécologie, gastroentérologie, cardiologie, pneumologie, etc.

Le patient est considéré comme un partenaire de l'équipe multidisciplinaire ce qui signifie qu'il est activement impliqué ainsi que, éventuellement, sa famille dans la discussion.

L'équipe multidisciplinaire doit conclure des accords de collaboration (p.ex. sur les itinéraires de soins, les modalités de réorientation du patient, la concertation multidisciplinaire) avec :

- les soins de première ligne ;
- des cliniques spécialisées dans le traitement (conservateur) de l'obésité (internes ou externes à l'hôpital ; au sein du même réseau hospitalier locorégional) ;
- un centre de chirurgie reconstructrice (interne ou externe à l'hôpital ou au sein du même réseau hospitalier locorégional) pour l'ablation de l'excès cutané.

Proposition 3

Le KCE propose **que chaque centre de chirurgie bariatrique mette en place un coordinateur de soins**. Il peut s'agir d'un membre de l'équipe de base (diététicien ou psychologue) ou d'un membre supplémentaire intégré dans l'équipe (infirmier ou infirmier de pratique spécialisée en soins bariatriques). Son rôle est d'organiser la concertation multidisciplinaire, d'être le point de contact des patients, d'organiser des séances d'information, de contrôler la présence des patients aux rendez-vous de suivi et de gérer le registre de chirurgie bariatrique. Certaines de ces tâches peuvent être déléguées à du personnel administratif.

Le KCE recommande que les organisations professionnelles impliquées dans la chirurgie bariatrique (par exemple la BASO - *Belgian Association for the Study of Obesity*, la BESOMS - *Belgian Section of Obesity and Metabolic Surgery*, la BBAHS - *Belgian Bariatric Allied Health Society*) établissent ensemble une description de fonction.

Le coordinateur de soins pourrait être financé au forfait dans le cadre d'une convention (voir section 3.6). Le montant de ce forfait pourrait varier d'un hôpital à l'autre en fonction du nombre d'interventions et du taux de fréquentation des consultations de suivi (indicateur basé sur le registre bariatrique).

Proposition 4

Le KCE recommande que **le suivi par le centre de chirurgie bariatrique dure obligatoirement au moins deux ans pour tous les patients**. Cette durée minimale pourra éventuellement être ajustée, après évaluation, **si le bilan du patient montre qu'un suivi supplémentaire** (p.ex. une consultation annuelle) et/ou un suivi plus intensif/spécifique par l'équipe multidisciplinaire reste ou redevient nécessaire. Pour ces derniers patients, le suivi par le centre de chirurgie bariatrique pourra durer **jusqu'à 5 ans**.



3.3.2 Un itinéraire de soins national

3.3.2.1 Consensus sur les soins minimums en pré- et postopératoire

Comme mentionné précédemment, les soins pré- et postopératoires pour la chirurgie bariatrique sont très variables dans notre pays. La présente étude a montré qu'il est nécessaire de mettre en place un itinéraire de soins définissant les interventions minimales nécessaires, en fonction des besoins du patient.

Les guidelines et itinéraires de soins existants sont le plus souvent basés sur des consensus d'experts, car il n'existe pas de preuves scientifiques pour la plupart des interventions considérées. Les experts ont donc convenu qu'il était également nécessaire, pour la Belgique, de parvenir à un consensus sur les interventions les plus importantes. Cette tâche devrait incomber aux organisations professionnelles belges de chirurgie bariatrique (BASO, BESOMS, BBAHS,...) en collaboration avec les associations scientifiques et professionnelles de médecins généralistes et des autres disciplines concernées (internistes, diététiciens, psychologues, kinésithérapeutes, infirmiers) et les associations de patients. Ils peuvent s'inspirer du chapitre 4 du rapport scientifique, qui résume les guidelines et les itinéraires de soins existants.

3.3.2.2 Soins sur mesure

Les guidelines proposent une approche échelonnée (*stepped care*) par laquelle la fréquence et l'intensité du suivi dépendent du type d'opération, de l'état de santé du patient et de ses besoins spécifiques. Cette approche doit toutefois inclure un nombre minimum d'interventions, qui est d'au moins quatre au cours de la première année, le premier contact ayant lieu 2 à 4 semaines après l'opération. Ce chiffre fait déjà l'objet d'un consensus dans les guidelines et les itinéraires de soins existants. Selon les besoins, l'intensité du suivi (fréquence et contenu du programme de consultations) peut être augmentée.

Proposition 5

Le KCE propose que les organisations professionnelles de chirurgie bariatrique (BASO, BESOMS, BBAHS) établissent, en collaboration avec les autres disciplines concernées, **un document de consensus national** déterminant les interventions les plus importantes du suivi pré- et postopératoire. Ce document de consensus peut se baser (après remise à jour) sur l'analyse de littérature réalisée dans le cadre de cette étude (chapitre 4 du rapport scientifique).

La fréquence et le contenu des consultations doivent être adaptées au type de chirurgie et aux besoins/comorbidités du patient, mais elles doivent comprendre au moins les éléments suivants :

En préopératoire :

- Bilan
 - Médical :
 - Poids et taille (IMC)
 - Historique des tentatives de perte de poids, des adaptations du mode de vie et des professionnels consultés
 - Comorbidités
 - Contre-indications médicales à la chirurgie
 - Usage de médicaments
 - Addictions éventuelles (alcool, médicaments...)
 - Statut des examens de dépistage du cancer recommandés
 - Laboratoire : sang complet, tests de coagulation, albumine/préalbumine, dosage de certaines vitamines et minéraux, hormone parathyroïdienne, glucose, fonctions rénale et hépatique, test de grossesse pour toutes les femmes en âge de procréer
 - Examens médico-techniques si indiqué



- **Nutritionnel** : p.ex. détection de troubles alimentaires, de carences en macronutriments et en oligoéléments, problèmes de mastication, etc.
- **Psychologique** : problèmes sérieux de santé mentale, fragilité psychologique, etc.
- Consultations spécialisées supplémentaires éventuelles en fonction des caractéristiques du patient et de ses comorbidités

Le programme de préparation du patient par l'équipe multidisciplinaire en vue de l'intervention chirurgicale devrait comprendre au moins les éléments suivants :

- Information du patient et discussion approfondie entre le chirurgien/équipe multidisciplinaire et le patient (et ses proches) sur les options chirurgicales, les risques et bénéfices, la nécessité d'adapter le mode de vie et de se présenter aux consultations de suivi et les implications financières pour le patient. Le consentement éclairé doit être documenté dans le dossier du patient.
- Éducation du patient sous différentes formes (entretiens individuels, séances de groupe, brochures, etc.) avec une attention spécifique pour les patients dont les capacités cognitives sont limitées.
- Conseils nutritionnels et diététiques adaptés au patient, soutien dans l'adaptation de ses habitudes alimentaires.
- Encouragement à la pratique régulière d'exercices adaptés à l'état cardiovasculaire et musculo-squelettique du patient, à son mode de vie et à ses préférences.
- Arrêt du tabac (au moins 6 semaines avant l'opération) et abstinence d'alcool en cas de problèmes de dépendance (au moins un an avant l'opération).
- Soutien par un psychologue/psychiatre spécialisé en chirurgie bariatrique et en obésité : traitement des problèmes préexistants, soutien de la motivation et de la capacité du patient à modifier ses habitudes de vie après l'opération (sur les plans nutritionnel, comportemental et psychologique).

- Prise en charge des comorbidités afin de réduire le risque chirurgical : diabète, hypothyroïdie, hyperlipidémie, apnées obstructives du sommeil, thrombose veineuse profonde.
- Avis gynécologique en matière de fertilité (peut augmenter après l'opération), de grossesse (à éviter jusqu'à 12-18 mois après l'opération) et de contraception.

En postopératoire

Le suivi postopératoire multidisciplinaire doit comprendre au moins quatre consultations pendant la première année, deux pendant la deuxième année et une consultation annuelle à partir de la troisième année. La fréquence des consultations et le contenu du programme de suivi doivent être adaptés au type d'opération et aux besoins/comorbidités du patient, mais ils doivent comprendre au moins les éléments suivants :

- Bilan
 - Médical
 - Poids et taille (IMC)
 - Comorbidités
 - Complications éventuelles
 - Qualité de vie
 - Usage de médicaments
 - Laboratoire : sang complet, albumine/préalbumine, dosage de certaines vitamines et minéraux, PTH, glucose, fonctions rénale et hépatique
 - Mesure de la densité osseuse
 - **Nutritionnel** : p.ex. régime, prise de suppléments vitaminiques et d'oligoéléments, respect des modifications du mode de vie, impact de l'opération sur la vie quotidienne et la qualité de vie
 - **Activité physique et activités de la vie journalière**



- **Psychologique** : p.ex. problèmes d'image/d'estime de soi, dépression, addiction, perte de motivation...

Le suivi multidisciplinaire doit être échelonné (*stepped care*) en fonction de l'état du patient et de ses capacités à gérer lui-même ses soins. Si nécessaire, les interventions supplémentaires suivantes peuvent être indiquées :

- Éducation/coaching/thérapie comportementale, par exemple pour soutenir l'adoption de nouvelles habitudes alimentaires
- Soutien spécifique à la lutte contre la sédentarité (p.ex. séances de groupe avec un kinésithérapeute)
- Conseils nutritionnels : p.ex. apport en protéines, suppléments de vitamines et de minéraux (au minimum : vitamine B1, B9, D, calcium, fer, zinc, cuivre et sélénium)
- Soutien psychologique : p.ex. travail sur l'image de soi, prise en charge en cas d'alcoolisme / toxicomanie postopératoire, de dépression, de risque de suicide, de perte de motivation
- Suivi pharmacologique : p.ex. adapter la médication aux conséquences de l'intervention (malabsorption)
- Suivi gynécologique : conseils avant la conception et pendant la grossesse sur les compléments alimentaires et les besoins diététiques spécifiques, suivi nutritionnel de la grossesse, supplémentation en vitamines et oligoéléments

3.3.3 Volume minimal d'interventions

3.3.3.1 Relation volume-résultats

Comme évoqué à la section 2.3, le nombre annuel d'interventions bariatriques par hôpital et par chirurgien est très variable en Belgique. Or la majorité des études démontrent l'existence d'une relation entre l'expérience d'un centre/d'un chirurgien et les résultats pour le patient (mortalité, complications,...). En d'autres termes, plus un centre/un chirurgien pratiquent d'interventions, moins il y a de risques de mortalité ou de complications pendant ou après l'opération. La recherche de littérature^{2, 3} montre qu'il est nécessaire d'atteindre un nombre critique de patients par an (volume-seuil), ce qui est confirmé par presque tous les experts consultés. La nécessité de déterminer des volumes-seuils repose sur deux arguments principaux : la nécessité de pratiquer de façon répétée pour acquérir l'expertise (« c'est en forgeant qu'on devient forgeron ») et la nécessité de pouvoir compter sur une « équipe multidisciplinaire spécifiquement dédiée ». Une méta-analyse a montré qu'un seuil d'interventions ≥ 100 par hôpital et ≥ 25 par chirurgien^d était significativement associé à de meilleurs résultats². Toutefois, cette méta-analyse porte sur des études réalisées à une époque où les complications étaient plus fréquentes. C'est pourquoi nous avons également examiné des études primaires plus récentes qui utilisent différents volumes-seuils (souvent plus élevés que ceux de la méta-analyse). La relation volume-résultat se retrouve dans la majorité de ces études (seuils par hôpital : 7 études sur 10 ; seuils par chirurgien : 5 études sur 5).⁴⁻¹⁴

^d <25 interventions par chirurgien (bas-volume); ≥ 50 interventions par chirurgien (haut-volume)



3.3.3.2 *Volume-seuil minimal*

La définition d'un nombre minimal d'interventions par an permet d'éviter que certains centres ne pratiquent que de rares opérations bariatriques et favorise la mise en place d'une équipe multidisciplinaire détenant une expertise avérée.

Des exemples de volumes-seuils obligatoires ou volontaires ont été observés dans notre analyse des pratiques à l'étranger. Ce sont les **Pays-Bas** qui appliquent les seuils les plus élevés : chacun des 18 centres de chirurgie bariatrique doit effectuer au moins 200 interventions par an, et chaque centre doit disposer d'au moins deux chirurgiens pratiquant chacun au moins 30 interventions (bypass ou sleeve) par an. Ce seuil a été introduit par étapes, avec une exigence de 100 interventions par centre seulement au cours des trois premières années. L'**Angleterre** a également fixé des volumes-seuils qui sont de 100 interventions par centre et de 50 interventions par chirurgien. Toutefois, une certaine flexibilité est autorisée afin d'éviter que le nombre déjà faible de chirurgiens bariatriques ne diminue encore (la chirurgie bariatrique est sous-utilisée en Angleterre). En **Suède** et en **France**, il n'y a pas de volume-seuil obligatoire, mais il est prévu d'augmenter le nombre d'interventions par centre. Une étude française récente a montré que les centres réalisant plus de 200 interventions par an obtiennent de meilleurs résultats.⁵

Malgré les études et les exemples étrangers mentionnés ci-dessus, la fixation d'un volume-seuil précis reste un exercice quelque peu arbitraire, mais il est certain qu'une équipe multidisciplinaire ne peut pas acquérir une expertise suffisante si elle prend en charge un trop petit nombre de patients. C'est pourquoi le KCE recommande **un nombre annuel minimum de 100 interventions par hôpital et de 25 par chirurgien**, des chiffres qui ont recueilli l'approbation de la majorité des experts. Les hôpitaux doivent réaliser un nombre minimum d'interventions par site ; les chirurgiens peuvent atteindre le volume requis en effectuant des interventions sur différents sites.

La manière dont le volume est calculé est également importante à déterminer, et notamment la manière dont on y comptabilise les ré-interventions. En effet, les ré-interventions sont généralement plus longues, ce qui peut réduire le volume total (laissant moins de temps pour les interventions primaires). Le nombre de ré-interventions est élevé (estimé à

5-20 %)¹ et certains centres de référence réalisent même plus de ré-interventions que d'interventions primaires parce qu'ils prennent en charge des cas complexes qui ne peuvent pas être opérés dans l'hôpital où l'intervention primaire a eu lieu. Le nombre de ré-interventions peut être utilisé comme indicateur de qualité (en faisant le lien avec le centre où l'intervention primaire a été effectuée). Pour éviter que les critères de volume ne soient trop vagues, il semble approprié de ne considérer que les ré-interventions de step-up (p.ex. du sleeve au bypass, ou de l'anneau gastrique au sleeve).

3.3.3.3 *Période de transition et réseaux hospitaliers*

Il est souhaitable de prévoir une période de transition, par exemple de 3 ans maximum, pour permettre aux chirurgiens qui n'atteignent pas le volume requis de rejoindre une équipe expérimentée d'au moins deux chirurgiens atteignant déjà ce volume, d'acquérir de l'expérience et d'atteindre à leur tour le seuil.

Les hôpitaux d'un même réseau locorégional (voir encadré 1) peuvent s'accorder sur l'hôpital (et le site) dans lequel ils établiront un centre de chirurgie bariatrique d'un volume suffisant. D'autres critères doivent également être pris en compte (accessibilité, présence d'une équipe multidisciplinaire disposant de l'expertise nécessaire, accords avec la première ligne). Le grand nombre d'interventions combiné à la nécessité d'un suivi spécialisé pendant 2 (à 5) ans indique que les centres de chirurgie bariatrique relèvent d'une mission de soins locorégionale. Cela signifie qu'un réseau locorégional pourrait offrir cette possibilité sur un (ou plusieurs) de ses sites hospitaliers, si les critères minimaux sont respectés pour chaque site (p.ex. volume, équipe multidisciplinaire). En tout état de cause, il sera nécessaire d'établir un suivi de la qualité des soins via un registre (voir section 3.7) ; sur cette base (entre autres), un ajustement des volumes-seuils pourrait s'avérer nécessaire à l'avenir.



Encadré 1 : Réseaux locorégionaux et supra-régionaux

Une vaste réforme du paysage hospitalier a été lancée en 2015 afin de rationaliser et de mieux répartir l'offre de soins entre les hôpitaux (p.ex. en concentrant certains soins complexes ou technologies coûteuses dans un nombre plus limité d'hôpitaux). Au début de l'année 2019, une loi a été votée qui oblige les hôpitaux à faire partie d'un réseau hospitalier locorégional à partir de 2020. Ces réseaux (max. 25 pour l'ensemble du territoire belge) doivent s'entendre sur la mise en place de services hospitaliers généraux, tels que les maternités, les services pédiatriques, les urgences, etc. La loi stipule également que pour certains soins complexes (p.ex. chirurgie oncologique complexe), les réseaux hospitaliers locorégionaux doivent passer des accords avec des hôpitaux de référence internes ou externes au réseau, dans le cadre de « collaborations suprarégionales ».

Proposition 6

Afin de garantir une expertise multidisciplinaire suffisante tant pour l'indication opératoire, la préparation du patient à l'opération et l'intervention elle-même que pour garantir un suivi sûr à long terme, le KCE propose de limiter la chirurgie bariatrique aux centres et aux chirurgiens qui respectent des volumes-seuils minimaux :

- **au moins 100 interventions bariatriques remboursées par l'assurance maladie par an, associées à l'itinéraire de soins adéquat, pour les centres de chirurgie bariatrique ;**
- **au moins deux chirurgiens effectuant chacun un minimum de 25 interventions bariatriques remboursées par l'assurance maladie par an dans chaque centre de chirurgie bariatrique.**

Les volumes-seuils par centre doivent être atteints par site hospitalier. Les volumes-seuils par chirurgien sont calculés sur la base du nombre d'opérations effectuées, éventuellement sur différents sites hospitaliers. Les interventions primaires et les ré-interventions (à l'exception du retrait des anneaux gastriques) sont comptabilisées dans ce volume-seuil.

Dans le cadre des réseaux hospitaliers locorégionaux, des accords doivent être conclus pour déterminer quel(s) site(s) hospitalier(s) effectuera(ont) les interventions bariatriques, en tenant également compte de facteurs tels que la disponibilité d'une expertise multidisciplinaire (p.ex. psychologues, diététiciens) et l'accessibilité pour les patients.

Pendant la phase de démarrage (max 3 ans), il devrait être possible de fusionner les dossiers des sites hospitaliers afin d'atteindre les volumes-seuils requis.



3.4 Implication de la première ligne

3.4.1 Nombre de patients bariatriques par médecin généraliste

Le nombre de patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique par médecin généraliste est assez variable, mais reste actuellement relativement faible. Selon l'Agence Intermutualiste, on compte actuellement une moyenne de 6 patients bariatriques par pratique de médecine générale solo, 20 par pratique de groupe et environ 24 par maison médicale.

Comme mentionné plus haut (section 2.1), le nombre d'interventions de chirurgie bariatrique est en augmentation, de telle sorte que chaque médecin généraliste verra probablement davantage de patients bariatriques à l'avenir.

3.4.2 Implication des médecins généralistes en Belgique et à l'étranger

Comme déjà évoqué à la section 3.2, peu de centres de chirurgie bariatrique impliquent les médecins généralistes dans la prise en charge pré- et postopératoire.

La communication se résume généralement au courrier envoyé par le centre au médecin généraliste après l'opération. Les chirurgiens disent organiser des séances d'information pour les médecins généralistes de leur région et leur envoyer des instructions écrites pour le suivi des patients opérés, mais sans succès. D'après eux, les médecins généralistes n'identifient pas assez – ou pas du tout, ou trop tard – les besoins du patient (p.ex. d'une supplémentation en vitamines) et les éventuels signes de complications, avec un risque de conseils erronés ou de renvoi tardif vers les soins spécialisés.

De leur côté, les médecins généralistes indiquent qu'ils ne sont pas suffisamment informés sur le suivi médical de leurs patients. Même pour les problèmes qu'ils peuvent généralement résoudre eux-mêmes, tels que les analyses de sang pour détecter des problèmes nutritionnels et métaboliques, ils ne disposent pas de recommandations claires. De plus, beaucoup de patients ne consultent pas de médecin généraliste lorsqu'ils décident de se faire opérer, ou pour le suivi postopératoire, soit parce qu'ils

n'ont pas de médecin généraliste, ou qu'ils ne font pas confiance à ses connaissances sur le sujet.

Notre comparaison internationale nous a permis de remarquer que les médecins généralistes ne sont pas davantage impliqués dans la chirurgie bariatrique de leurs patients dans les 4 pays étudiés.

Aux **Pays-Bas**, le médecin généraliste propose le plus souvent un traitement conservateur et si cela ne mène pas aux résultats escomptés, il oriente le patient vers un centre de chirurgie bariatrique. Le centre bariatrique prend en charge la préparation du patient à la chirurgie et le suivi postopératoire à long terme (pendant 5 ans au total). Au bout de 5 ans, le médecin généraliste reprend la responsabilité du suivi : il voit le patient au moins une fois par an pour lui offrir le soutien nécessaire dans l'adaptation de son mode de vie, surveiller la prise de suppléments vitaminiques, prescrire des analyses de laboratoire, etc.

En **Angleterre**, les médecins généralistes sont en première ligne dans le traitement de l'obésité, mais ils ne sont pas autorisés à orienter directement les patients vers la chirurgie bariatrique. Ils doivent d'abord les envoyer dans une clinique spécialisée de l'obésité pour un traitement conservateur. Pour le suivi postopératoire, NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) recommande un suivi partagé, mais en pratique, cette recommandation n'est pas respectée. Pendant les deux premières années, les centres spécialisés gèrent le suivi, et le rôle des médecins généralistes se limite à la détection des éventuelles complications, et parfois à la gestion des analyses de laboratoire. Par la suite, le centre demande au médecin généraliste de continuer la surveillance par un test sanguin annuel et de leur renvoyer le patient si nécessaire.

En **France**, l'implication des médecins généralistes dans la chirurgie bariatrique est en général très limitée.

En **Suède**, le suivi à long terme est transféré au médecin généraliste après un ou deux ans ; dans certains centres de première ligne, le suivi est assuré par un infirmier spécialisé, sous la responsabilité du médecin généraliste.



3.4.3 Rôle potentiel de la première ligne

De l'avis des experts interrogés et d'après la littérature, les médecins généralistes et les autres professionnels de soins de première ligne peuvent jouer un rôle important tant dans le traitement de l'obésité que dans l'accompagnement des patients bénéficiant de la chirurgie bariatrique. Ils peuvent notamment orienter les patients obèses vers une clinique spécialisée de l'obésité, ou les informer sur les avantages et les risques des interventions de chirurgie bariatrique. Les experts interrogés se sont également prononcés en faveur de l'implication du médecin généraliste dans la concertation multidisciplinaire dans la mesure où il connaît les antécédents du patient (p.ex. ses tentatives de perte de poids), son contexte socioéconomique et sa capacité à respecter les modalités du suivi à long terme), sans que son avis soit contraignant (voir section 3.2.2).

Les experts ont également estimé que les médecins généralistes et les autres professionnels de première ligne ont également un rôle à jouer après l'intervention. D'une part parce qu'ils sont souvent le premier point de contact en cas de problème, d'autre part parce que ce sont eux qui peuvent prendre en charge la coordination du suivi après la période de 2 à 5 ans effectuée par le centre de chirurgie bariatrique, avec ses aspects médicaux (tests de laboratoire), psychosociaux, nutritionnels et motivationnels.

3.4.4 Obstacles à la participation de la première ligne

En pratique, cependant, il n'est pas facile d'impliquer la première ligne dans la chirurgie bariatrique car ces professionnels (médecins généralistes, diététiciens, psychologues, kinésithérapeutes) ont souvent des connaissances et un temps insuffisants, et la communication entre eux et le centre est parfois difficile.

3.4.4.1 Manque de connaissances

La première ligne manque souvent de connaissances sur les avantages (perte de poids, amélioration de la santé) et les inconvénients (complications, mortalité postopératoire, conséquences psychologiques) de la chirurgie bariatrique, les symptômes des éventuelles complications, les conséquences sur la contraception, la grossesse, l'usage de médicaments et le suivi à long terme.

Ce manque d'expertise est reconnu par les médecins généralistes belges eux-mêmes et a également été évoqué par les autres professionnels, les patients, les experts et la littérature. Par conséquent, la formation des médecins généralistes et autres professionnels de première ligne au sujet de l'obésité et de la chirurgie bariatrique est fortement recommandée.

3.4.4.2 Manque de temps et de moyens

Les médecins généralistes belges ne peuvent actuellement consacrer suffisamment de temps à participer aux concertations multidisciplinaires ou à des formations sur l'obésité et la chirurgie bariatrique. Ils ont donc plaidé pour une rémunération du temps consacré à ces formations et à la coordination des soins.

3.4.4.3 Manque de communication entre les centres de chirurgie bariatrique et la première ligne

Les centres de chirurgie bariatrique et les professionnels de première ligne ne collaborent pas toujours de manière optimale. D'après les patients, la communication est souvent lente et limitée entre eux. De leur côté, les médecins généralistes se plaignent de ne pas être suffisamment informés et sollicités par les centres.

3.4.5 Renforcer la collaboration avec la première ligne

Parmi les modèles de suivi à long terme trouvés dans la littérature, les experts ont manifesté une préférence pour un **modèle de soins partagés** entre l'équipe multidisciplinaire du centre et le médecin généraliste (ou mieux, l'équipe multidisciplinaire de première ligne), selon un modèle de soins chroniques. Dans ce modèle, le rôle de chacun et les objectifs de chaque consultation sont clairement définis.

Ce modèle nécessite des **systèmes de communication** robustes. Les données du patient doivent pouvoir être partagées via son dossier informatisé (DMI) ce qui est facilité si le patient dispose d'un dossier médical global (DMG) chez un médecin généraliste. Cette exigence est la même pour les patients atteints de diabète et les experts estiment qu'elle semble efficace en termes d'implication du patient et du médecin généraliste. La mise en place de cette condition peut également remédier au problème des



patients dépourvus de médecin généraliste qui consultent directement un centre de chirurgie bariatrique.

Les professionnels de première ligne devraient disposer **d'outils (informatiques) pratiques**, comme une checklist leur permettant de déterminer si un patient remplit les critères pour avoir accès à la chirurgie bariatrique, pour réaliser un bilan dans la phase de suivi, ou pour détecter les complications qui nécessitent un renvoi rapide vers les soins spécialisés. Les médecins généralistes et autres professionnels de première ligne devraient également se voir proposer des formations adéquates sur l'obésité et la chirurgie bariatrique. Ces outils et ces formations pourraient être développés conjointement et mis à disposition par les centres de chirurgie bariatrique et les associations professionnelles scientifiques.

Les centres de chirurgie bariatrique devraient également conclure des **accords formels** avec les structures de première ligne (p.ex. avec les *zorgraden eerstelijnszones* en Flandre). Dans la littérature, certains auteurs proposent également de développer des **plateformes locales** pour faciliter les contacts entre la première et la deuxième ligne d'une même région, ainsi que l'élaboration de protocoles locaux d'évaluation et d'orientation (p.ex. orientation ciblée vers des professionnels de première ligne ayant des affinités et une expertise en matière d'obésité/de chirurgie bariatrique).

Proposition 7

Le KCE propose d'impliquer structurellement la première ligne de soins en pré- et en postopératoire, ce qui implique :

- que des accords formels soient établis entre le centre de chirurgie bariatrique et les structures de première ligne, par exemple les *zorgraden eerstelijnszones* (en Flandre). Ces accords porteraient sur l'orientation et le renvoi vers le centre (p.ex. orientation vers des professionnels de première ligne ayant des affinités et une expertise en matière d'obésité/de chirurgie bariatrique, checklist des signaux d'alarme nécessitant un renvoi vers le centre), l'organisation du suivi, etc.
- **que tous les patients entrant dans un itinéraire de soins de chirurgie bariatrique aient un médecin généraliste (de préférence avec un dossier médical global - DMG).**

- **que le médecin généraliste assume la coordination des soins en première ligne.** Ceci nécessite son implication dès la phase préopératoire (lors de la concertation multidisciplinaire et de la prise de décision opératoire) et l'existence d'un système de communication fluide entre les première et deuxième lignes.
- que les médecins généralistes et autres professionnels de première ligne se voient proposer des **formations appropriées sur l'obésité et la chirurgie bariatrique** dans le cadre de leur formation de base et de leur formation continue. Des incitants (notamment l'accréditation) devraient être prévus à cet effet.
- que des **outils informatiques pratiques** soient mis à la disposition de la première ligne pour aider à la prise de décision clinique (p.ex. checklist permettant de déterminer si un patient remplit les critères pour avoir accès à la chirurgie bariatrique), pour fournir une information correcte en phase préopératoire, pour détecter les complications qui nécessitent un renvoi rapide vers les soins spécialisés (« drapeaux rouges ») et pour encadrer le suivi de l'évolution du patient et sa participation à l'itinéraire de soins en postopératoire (rappels automatiques, outils d'aide à la décision dans le dossier informatisé, application pour augmenter l'observance thérapeutique, etc.)
- **que les centres de chirurgie bariatrique et les associations professionnelles spécialisées jouent un rôle important** dans le développement et l'offre de formations et apportent leur soutien à l'élaboration du contenu des outils informatiques pratiques destinés à la première ligne.



3.5 Implication et engagement du patient

3.5.1 En préopératoire

Après une chirurgie bariatrique, le patient doit adapter son mode de vie et être suivi pendant une longue période afin d'assurer de bons résultats à long terme. Cependant, tant la littérature que les professionnels de soins interrogés sont d'avis que les patients d'aujourd'hui ne sont pas suffisamment conscients de l'impact qu'aura la chirurgie bariatrique sur le reste de leur vie. Les chirurgiens soulignent que les patients ne comprennent pas toujours que ce n'est pas une solution facile et miraculeuse. En consultant les forums Internet ou « docteur Google », ils risquent de trouver des informations incorrectes et parfois risquées et de se créer des attentes irréalistes. Notre recherche qualitative a également montré qu'il ne suffit pas que le patient réponde aux critères légaux pour que cela garantisse qu'il modifiera son mode de vie et ses habitudes alimentaires et qu'il respectera ses rendez-vous de suivi.

La littérature, tout comme le célèbre NICE britannique, soulignent l'importance du **consentement éclairé**. Ce processus implique une certaine préparation et une période préopératoire minimale.

3.5.1.1 Informer et préparer le patient de manière approfondie

Avant l'intervention chirurgicale, l'état de santé du patient et l'absence de contre-indications (médicales/psychologiques) doivent être évalués, mais aussi **sa motivation et sa compréhension** de la nécessité de modifier durablement son mode de vie et ses habitudes alimentaires. Ceci implique une **discussion approfondie** entre l'équipe multidisciplinaire et le patient, éventuellement avec la participation de ses proches. Les options chirurgicales possibles, les risques et les avantages de la procédure et les adaptations à apporter au mode de vie doivent être expliqués clairement et discutés en profondeur. Divers canaux de communication peuvent être utilisés à cet effet, comme des informations écrites (brochures...), des séances d'information de groupe par l'équipe multidisciplinaire, les groupes de parole avec d'autres patients, les groupes d'entraide, les forums en ligne et les sites web validés. Le médecin généraliste peut également fournir des explications.

Il est alors **obligatoire de vérifier si le patient a suffisamment bien compris ces informations**, en lui demandant de **les verbaliser à son tour** et de s'assurer qu'il sera en mesure de s'engager activement dans son suivi. S'il s'avère que le patient n'est pas prêt à opérer les ajustements nécessaires, cela peut être un **critère d'exclusion** (à moins que cela ne puisse être corrigé par une préparation intensive). Lorsque la décision d'opérer est prise, on peut également envisager de faire signer au patient une déclaration dans laquelle il s'engage à venir aux consultations de suivi postopératoire. Tout cela doit être documenté dans le dossier du patient.

3.5.1.2 Prévoir une période préopératoire suffisamment longue

En Belgique, la période préopératoire (entre le premier contact avec le centre de chirurgie bariatrique et l'opération) est généralement assez courte (moins de 4 mois) ; elle s'étend à plus de 6 mois chez moins de 5% des patients.

Les patients déclarent qu'une fois la décision prise, ils souhaitent généralement que l'opération se fasse le plus rapidement possible. La plupart d'entre eux ont déjà parcouru un long chemin, jalonné de plusieurs tentatives infructueuses de perdre du poids. Certains ont cependant fait remarquer à posteriori qu'il aurait été souhaitable qu'ils reçoivent une préparation plus longue et plus soignée et qu'ils puissent réfléchir plus longuement à l'impact sur leur vie après l'opération. La littérature – très limitée à ce sujet – recommande une phase préopératoire d'une durée suffisante (de plusieurs mois) mais les experts belges ne sont pas tous convaincus. D'après eux, la durée de la période préopératoire doit être déterminée en fonction des caractéristiques du patient (âge, comorbidité, antécédents alimentaires...) et c'est surtout le contenu de la phase préopératoire, plus que sa durée, qui doit primer.

Il semble toutefois peu probable que le temps de réflexion nécessaire et la préparation indispensable (bilan médical, psychologique et nutritionnel ; information et accompagnement des patients) soient effectués en moins de 3 mois. D'autant plus si un traitement d'éventuelles comorbidités ou des consultations supplémentaires avec un diététicien ou un psychologue sont nécessaires. On considère comme « premier contact » la consultation avec un chirurgien, un interniste ou un coordinateur du centre, mais aussi la participation à une séance d'information de groupe. Cette participation doit alors être documentée dans le dossier du patient lors de la première



consultation. Le délai entre le premier contact et l'opération pourrait être enregistré à titre d'indicateur dans le registre de l'obésité. En cas de durée préopératoire systématiquement très courte, un audit du contenu de l'itinéraire préopératoire pourrait alors être demandé pour vérifier si les patients sont suffisamment préparés.

3.5.2 Taux d'abandon élevé en postopératoire

D'après la littérature, entre 3 et 89 % des patients ne se présentent pas aux consultations de suivi post-hospitalisation, et le récent audit (AFMPS-INAMI-SPF)² montre que ce problème se pose en Belgique à partir de la deuxième consultation. Cela a été confirmé par les patients et les professionnels interrogés. L'ampleur de ce décrochage varie en fonction des caractéristiques du patient (p.ex. âge, sexe, milieu socio-économique), du type d'opération et de la nature, de la fréquence et de la durée du suivi. Les médecins et autres professionnels interrogés ont donné les raisons suivantes pour expliquer ce taux élevé d'abandons :

- En Belgique, une grande **liberté de choix** est laissée aux patients. Au départ, la plupart ne sont pas envoyés par un médecin vers le centre de chirurgie bariatrique, mais le contactent directement, de leur propre initiative. Beaucoup font du « shopping médical » : s'ils estiment qu'un premier centre est trop exigeant (p.ex. en imposant une consultation chez un diététicien ou un psychologue ou en demandant un prépaiement des consultations de suivi), ou si les contre-indications de l'intervention sont jugées trop sévères (p.ex. en raison de troubles alimentaires), ils peuvent librement se rendre dans un autre centre. De tels patients ne s'engagent pas vraiment dans le programme de suivi, ils ne se présentent aux consultations qu'en cas de problème et ne réalisent pas, ou pas suffisamment, que le suivi sert avant tout à prévenir les problèmes.
- Une **perte de poids considérable** au cours du premier mois conduit de nombreux patients à sous-estimer l'importance du suivi. Après quelques rendez-vous manqués, il devient de plus en plus difficile pour eux de reprendre rendez-vous, car ils ont souvent honte, surtout s'ils reprennent du poids.
- Les soins bariatriques prennent beaucoup de temps et ne sont souvent **pas le seul itinéraire de soins pour ces patients**. Beaucoup sont également suivis pour des problèmes de diabète, de sommeil, de cardiologie, etc. Par conséquent, ils n'ont pas toujours l'énergie et les moyens nécessaires pour y ajouter un suivi bariatrique.
- L'accent est souvent mis sur **les aspects médicaux du suivi**, alors qu'il existe également pour les patients un besoin évident de suivi psychosocial et nutritionnel. Par ailleurs, les modifications de comportement souhaitées sont souvent expliquées de manière 'technique' (p.ex. ce qu'ils peuvent ou ne peuvent pas manger) alors qu'ils ont surtout besoin de conseils pratiques sur la manière d'intégrer ces changements dans leur vie quotidienne.
- **Les consultations chez le psychologue et le diététicien ne sont pas remboursées**, ce qui peut constituer un obstacle important.
- Les patients ne sont **pas suffisamment incités** à se présenter aux rendez-vous de suivi. Alors que certains éléments de la phase préopératoire sont légalement obligatoires (p.ex. consultation chez le psychologue), ce n'est plus le cas après l'intervention. Par ailleurs, les centres de chirurgie bariatrique recontactent rarement les patients qui ne se présentent pas à un rendez-vous. En Suède et aux Pays-Bas, le respect des rendez-vous de suivi est inscrit dans le registre de chirurgie bariatrique, et les résultats sont rendus publics. Par conséquent, les centres encouragent les coordinateurs de soins à contacter activement les patients, et les taux d'abandon de suivi sont moins élevés.



3.5.3 Comment mieux impliquer le patient ?

Les professionnels de santé interrogés estiment que la motivation des patients – ou plutôt leur absence de motivation – à modifier leur style de vie et leurs habitudes alimentaires est un problème majeur. Nos recherches ont permis de dégager les propositions suivantes pour soutenir l'observance thérapeutique :

- Des soins échelonnés (*stepped care*) dans lesquels l'intensité du suivi (p.ex. le nombre de consultations chez le diététicien ou le psychologue) est adaptée aux besoins du patient.
- En préopératoire, outre les brochures d'informations, il est aussi possible de proposer un **soutien éducatif plus actif** : la littérature mentionne notamment les séances de groupe organisées par le centre de chirurgie bariatrique **avec des patients déjà opérés**. Ainsi, les patients (et leurs familles) peuvent échanger leurs vécus sous la supervision de professionnels. Les professionnels et les patients belges interrogés s'accordent à dire que de telles séances sont très motivantes et d'un grand soutien. Aux Pays-Bas, la plupart des centres exigent même que les patients suivent au moins 6 séances d'éducation/coaching avant l'opération. D'autres exemples de soutien éducatif actif sont les groupes d'entraide locaux, les sites web interactifs ou les forums officiels en ligne gérés et animés par des spécialistes de la chirurgie bariatrique.
- La littérature recommande également l'accès à des **consultations axées sur le coaching et le soutien au changement de comportement** afin d'aider les patients à intégrer l'exercice physique ou l'alimentation saine dans leur vie quotidienne (p.ex. ateliers de cuisine).
- Des **outils pratiques** pour soutenir le patient peuvent être utiles, par exemple en permettant au soignant de surveiller à distance les paramètres cliniques (poids, glucose, état cardiovasculaire), ou un journal de bord tenu par le patient dans lequel il peut enregistrer sa consommation alimentaire quotidienne ou son exercice physique, ou encore une application pour smartphone proposant des informations (p.ex. conseils diététiques), des rappels de rendez-vous et permettant d'entrer en contact avec l'équipe soignante.

- En **complément des consultations de suivi**, il est possible de faire appel à des **outils technologiques de communication** (p.ex. contact vidéo ou téléphonique).
- Le **remboursement des suppléments vitaminiques** et de certaines analyses de sang (p.ex. vit B12) à condition de se présenter aux rendez-vous de suivi.
- Lors de l'élaboration d'un itinéraire de soins local, il est conseillé de tenir compte non seulement de l'avis des experts professionnels mais aussi de celui des « experts de vécu » que sont les patients.

Proposition 8

Le KCE insiste sur l'importance du **consentement éclairé** avant une intervention de chirurgie bariatrique. Le processus menant à ce consentement éclairé devrait comprendre les éléments concrets suivants :

- Un **entretien approfondi** entre les soignants et le patient (et éventuellement les membres de sa famille), documenté dans le dossier du patient.
- Une **approche spécifique** (individuelle plutôt que de groupe, impliquant un membre du réseau social ou familial du patient, etc.) pour les **patients vulnérables** (en raison d'un faible niveau socio-économique, de capacités cognitives limitées, etc.).
- L'utilisation de **différents canaux de communication et d'accompagnement** (par exemple, informations écrites, séances d'information de groupe avec d'autres patients, groupes locaux d'entraide, forums en ligne et sites web validés) pour informer et préparer chaque patient au changement de mode de vie nécessaire à long terme.
- Comme condition préalable à l'intervention : une **évaluation par l'équipe multidisciplinaire** de la capacité et de la motivation du patient à comprendre les informations, à adapter son comportement et à accepter un suivi de longue durée.
- Une déclaration **d'engagement du patient à se présenter aux consultations de suivi**.



- Une **période d'au moins 3 mois** entre la première consultation et l'intervention bariatrique proprement dite, sauf pour des raisons médicales urgentes. Le KCE propose d'utiliser cette durée préopératoire comme indicateur dans le registre bariatrique (voir section 3.7). Combiné avec des indicateurs liés à la phase postopératoire (p.ex. taux de présence aux rendez-vous de suivi), cet indicateur pourrait servir à évaluer la qualité des soins. Outre la durée de la phase préopératoire, il est également crucial de définir le contenu et les étapes d'un « bon » itinéraire de soins préopératoires, qui devront pouvoir être adaptés aux caractéristiques du patient et au type d'intervention.

Proposition 9

Le KCE propose que des efforts soient faits pour augmenter l'implication et l'engagement du patient dans l'ensemble de la procédure de chirurgie bariatrique. Différents moyens sont à envisager:

- Mettre en place une **approche échelonnée**, dans laquelle l'intensité du suivi (p.ex. le nombre de consultations avec le diététicien ou le psychologue) est adaptée aux besoins du patient.
- Offrir au patient un programme **d'éducation et de coaching permettant d'obtenir une modification de comportement**. Ce programme devrait également leur offrir la possibilité de rencontrer des patients déjà opérés.
- Dans le cadre de la convention (voir section suivante), prévoir un budget permettant de fournir gratuitement des suppléments vitaminiques aux patients qui respectent leurs rendez-vous de suivi. Une augmentation du remboursement de certains tests de laboratoire devrait également être étudiée.
- Mettre à disposition des **outils pratiques** pour aider le patient à respecter son suivi et à maintenir les changements de comportement nécessaires (p.ex. journal de bord de l'alimentation, application pour smartphone).

- Permettre l'utilisation de **moyens de communication technologiques** (p.ex. contact vidéo ou téléphonique) en plus des consultations de suivi.
- Désigner dans chaque centre un **coordinateur de soins** qui sera notamment chargé de contrôler la présence aux rendez-vous de suivi et de recontacter activement le patient s'il manque des rendez-vous.
- Lorsqu'un centre de chirurgie bariatrique élabore un itinéraire de soins (local, basé sur l'itinéraire de soins standard national – voir plus loin), faire appel non seulement aux connaissances et à l'expertise des professionnels concernés, mais aussi à celle des experts de vécu (patients). Une telle co-construction est complexe (elle nécessite par exemple la formation des participants, la sélection de profils appropriés d'experts de vécu), mais elle peut assurément contribuer à un meilleur accompagnement et à un engagement plus fort des patients.

3.6 Financement des soins bariatriques par l'assurance maladie

3.6.1 Consultations chez le psychologue ou le diététicien

Actuellement, seule une partie de la procédure bariatrique fait l'objet d'un remboursement, à savoir les soins médicaux (chirurgie, hospitalisation, consultations médicales), les soins infirmiers à domicile, les séances de kinésithérapie, etc. Les consultations des psychologues et des diététiciens ne sont pas remboursées (dans le contexte bariatrique), malgré le fait que la consultation préopératoire du psychologue (ou psychiatre) soit une obligation légale. Dans les quatre pays étudiés, les centres reçoivent un montant forfaitaire qui leur permet de faire appel à des diététiciens et à des psychologues de manière flexible. Les experts interrogés ont également estimé que ces consultations devaient être remboursées.



3.6.2 Prestations de l'équipe multidisciplinaire

Pour le financement des prestations fournies par l'équipe multidisciplinaire (à l'exception des médecins et des kinésithérapeutes, qui perçoivent une rémunération à l'acte ou qui sont rémunérés via un montant global prospectif pour soins de basse intensité), les experts interrogés privilégient le versement d'un forfait au centre, via un système de convention (voir encadré 2). De cette manière, la chirurgie bariatrique sera limitée aux centres qui respectent les modalités de la convention, à savoir une équipe multidisciplinaire, des accords de collaboration avec la première ligne, une participation obligatoire au registre national bariatrique, etc. (voir section 3.7).

Encadré 2 – Qu'est-ce qu'une convention ?

Une convention est un moyen de financement utilisé dans le système de soins de santé belge ; elle permet de financer certains soins au moyen d'un forfait unique lié à une affection/problème spécifique. Les conventions sont conclues entre l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et les établissements de soins, qui doivent respecter certaines conditions. Elles sont élaborées, conclues et gérées par le conseil d'administration de l'INAMI, où siègent les médecins-directeurs de toutes les mutualités.

Au départ, les conventions ne concernaient que des centres de réadaptation spécialisés proposant des soins multidisciplinaires, par exemple pour les handicaps moteurs et neurologiques, ou pour la rééducation respiratoire. Toutefois, ces dernières années, le champ des conventions s'est élargi à un large éventail de problématiques (souvent chroniques et complexes), en dehors du domaine de la réadaptation.

On distingue les conventions standards (les conditions et les remboursements sont identiques pour tous les centres de soins concernés par la convention), spécifiques (les conditions et les remboursements diffèrent d'un centre de soins à l'autre) ou hybrides. Le contenu des conventions peut varier, mais elles comprennent toutes des conditions relatives à leur durée, à leur gestion, à l'équipe multidisciplinaire, aux patients, aux moyens financiers, ainsi que des critères d'évaluation de plus en plus clairs. Pour certaines conventions, un groupe de pilotage est mis sur pied pour définir et monitorer les modalités pratiques.

3.6.3 Médecins généralistes

L'absence de remboursement du temps consacré par les médecins généralistes à la concertation multidisciplinaire a été identifiée dans notre étude comme un obstacle majeur. Il est donc proposé qu'une rémunération leur soit accordée pour leur participation à ces concertations.

3.6.4 Chirurgie reconstructrice

L'excès de peau dû à la perte importante de poids a été identifié comme un problème crucial par les patients, pour des raisons d'inconfort physique et d'image de soi. Nombreux sont ceux qui se sont plaints de n'avoir pas été suffisamment informés au préalable de ce problème, ni de ses éventuelles conséquences financières, puisque l'intervention de chirurgie reconstructrice visant à y remédier n'est pas du tout remboursée ou seulement partiellement. Les prestataires de soins doivent informer correctement les patients lors de la préparation préopératoire des implications financières d'une éventuelle chirurgie reconstructrice. Il n'entraîne cependant pas dans le cadre de la présente étude de formuler des recommandations relatives au remboursement de cette chirurgie. Il serait préférable d'y consacrer une étude séparée.

Proposition 10

Le KCE propose de financer les soins de chirurgie bariatrique via une convention.

L'objectif est de limiter cette chirurgie aux centres qui travaillent avec une équipe multidisciplinaire disposant d'une expertise spécialisée en chirurgie bariatrique et en prise en charge de l'obésité. Cette équipe serait responsable de la sélection des patients et de leur suivi postopératoire (au moins 2 ans, et jusqu'à 5 ans pour certains patients), toujours en collaboration avec les soins de première ligne.

Le forfait de la convention couvrirait les consultations des professionnels non médicaux (notamment les psychologues et les diététiciens), les concertations multidisciplinaires, les suppléments vitaminiques, l'encodage des données dans le registre bariatrique et les services du coordinateur.



Une convention ne pourrait être conclue avec un hôpital que si les conditions suivantes sont remplies :

- le respect des volumes-seuils (au moins 100 opérations par an et par site hospitalier, et au moins 25 opérations par an par chirurgien)
- la présence d'une équipe multidisciplinaire
- l'existence, pour chaque patient :
 - d'une concertation multidisciplinaire ;
 - d'un plan pour les phases pré- et postopératoire ;
 - d'un médecin généraliste (de préférence le médecin en charge du DMG). Ce médecin généraliste est invité à la concertation multidisciplinaire (éventuellement par vidéoconférence ;
 - d'un encodage de données dans le registre national obligatoire.
- la mise en place d'un coordinateur de soins en charge de l'organisation des concertations multidisciplinaires, des rendez-vous de suivi, et de la transition sans heurts entre le suivi par le centre de chirurgie bariatrique et les soins de première ligne
- la capacité de suivi des patients pendant au moins 2 ans (et 5 ans pour certains), en collaboration avec la première ligne
- l'existence d'itinéraires de soins locaux basés sur les principales interventions de l'itinéraire de soins national
- des accords de coopération fonctionnelle avec les structures de première ligne et les cliniques spécialisées dans le traitement conservateur de l'obésité
- le développement et la mise à disposition de formations et d'outils pratiques (informatiques) pour la première ligne (voir également la proposition 7).

Un groupe de pilotage, composé de représentants des autorités de santé, des mutualités, des professionnels de santé concernés (par l'intermédiaire de leurs organisations scientifiques et professionnelles), des patients, des hôpitaux et des organisations de première ligne,

accompagne et contrôle la convention, et propose des indicateurs de qualité pour son évaluation.

Le KCE recommande que **les consultations des diététiciens et des psychologues** soient incluses dans le forfait de la convention. Le calcul de ce forfait devra prendre en compte le nombre de dossiers par centre et le nombre de consultations dans chaque discipline (y compris une estimation des variations d'intensité des suivis). La base de ce calcul est l'itinéraire national de soins bariatriques, qui devrait prévoir ce qui suit :

- Pour le diététicien : au moins une consultation individuelle en préopératoire, au moins 4 consultations pendant la première année postopératoire, au moins 2 consultations pendant la deuxième année postopératoire.
- Pour le psychologue : au moins une consultation individuelle (de longue durée) en préopératoire et au moins une consultation par an en postopératoire.
- Ce nombre de consultations devrait pouvoir être augmenté pour les patients qui ont besoin d'une préparation et/ou d'un suivi plus intensifs. Des séances d'information de groupe devraient également être organisées.

Les interventions chirurgicales et les consultations médicales resteraient rémunérées à l'acte ou via un montant global prospectif pour les soins à basse variabilité. Toutefois, les interventions chirurgicales ne seraient remboursées que lorsqu'elles sont effectuées :

- dans les centres ayant conclu une convention pour la chirurgie bariatrique ET
- par des chirurgiens détenant une expertise spécifique en chirurgie bariatrique (au moins deux par centre)

La formule de paiement forfaitaire offre de la flexibilité dans l'utilisation du budget (en fonction de la situation locale et des besoins des patients). Il est donc important de pouvoir contrôler les résultats (perte de poids, complications, qualité de vie) par le biais du registre de chirurgie bariatrique (voir section 3.7). Des indicateurs de qualité doivent être définis à cette fin.



Les suppléments vitaminiques devraient pouvoir être offerts gratuitement à titre d'incitant pour les patients qui se présentent régulièrement à leurs rendez-vous de suivi.

Une nomenclature devrait être élaborée pour valoriser le temps que les **médecins généralistes** consacrent à la concertation multidisciplinaire.

Le financement de la **chirurgie reconstructrice** après une chirurgie bariatrique devrait faire l'objet d'une évaluation plus approfondie.

3.7 Registre pour la chirurgie bariatrique

3.7.1 Les obligations actuelles sont insuffisantes

Les hôpitaux qui pratiquent la chirurgie bariatrique sont actuellement tenus de consigner dans un registre les données indiquées sur le formulaire destiné aux mutualités. Cependant, dans sa forme actuelle, ce type de registre ne convient pas pour être utilisé à des fins de recherche ou de politique de soins, car il n'y a aucune obligation d'en partager les données dans un registre central. En outre, un audit a montré que 32 % des hôpitaux contrôlés ne tiennent pas un tel registre.

Les données administratives (p.ex. les données de facturation de l'IMA et les données de sortie des hôpitaux belges - RHM) fournissent des informations utiles (p.ex. sur les variations géographiques), mais ne permettent pas de monitorer la qualité des soins à long terme (p.ex. la perte de poids, les comorbidités, les complications, les effets secondaires). Ces sources de données ne peuvent donc être utilisées qu'à titre de complément ou de contrôle (p.ex. vérifier que toutes les interventions sont enregistrées).

3.7.2 Créer un registre national obligatoire

Tous les chirurgiens bariatriques interrogés considèrent que l'institution d'un registre de chirurgie bariatrique centralisé et obligatoire serait un élément essentiel de la réorganisation des soins bariatriques en Belgique. Ce registre – qui devrait être financé par des fonds publics – pourrait être utilisé pour le feedback et le benchmarking. Les centres de chirurgie bariatrique devraient assumer la responsabilité de l'encodage de leurs données, ce qui n'exclut pas que des données de première ligne puissent également être enregistrées (éventuellement lors d'une deuxième phase).

3.7.3 Les exemples de la Suède et des Pays-Bas

À l'étranger aussi, il est fait appel à des registres pour soutenir l'organisation de soins de chirurgie bariatrique. Certains de ces registres se font sur une base volontaire et ne sont pas financés, comme par exemple en France où il s'agit d'une initiative de l'Association professionnelle des chirurgiens bariatriques, ou encore, au niveau international, le registre de la Fédération internationale des chirurgiens bariatriques (IFSO^e). D'autres registres sont obligatoires (p.ex. en Suède et aux Pays-Bas), avec un financement central, des feedbacks et un rapportage public. Ils sont utilisés pour monitorer la qualité des soins. Ces registres peuvent servir d'exemples pour notre pays.

Les facteurs de succès sont :

- Un registre central, uniformisé, avec un soutien financier pour les centres bariatriques (p.ex. pour la saisie de données) ;
- Une capacité centrale d'audit, d'analyse et de feedback ;
- Un caractère obligatoire et des conditions de remboursement ;
- Une structure de pilotage comprenant des représentants du gouvernement, des mutualités, des patients et des professionnels concernés (p.ex. les chirurgiens bariatriques) ;

^e The International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders



- Une saisie des données simple et facile (p.ex. des extractions par lots à partir des dossiers médicaux informatisés) et un système d'audit pour vérifier la qualité et l'exhaustivité de l'encodage ;
- Des indicateurs de qualité pour évaluer et ajuster l'offre de soins si nécessaire.

Proposition 11

Le KCE propose de modifier les obligations légales actuelles concernant la tenue obligatoire d'un registre par les centres de chirurgie bariatrique, de sorte que chaque centre (répondant aux critères de la convention de chirurgie bariatrique) soit **obligé de participer à un registre national centralisé et uniformisé, inspiré des modèles de la Suède et des Pays-Bas.**

La structure de pilotage de ce registre national serait composée de professionnels de santé concernés (p.ex. organisations professionnelles), d'autorités publiques, de représentants des patients et des mutualités. L'INAMI devrait financer un organisme indépendant (p.ex. Sciensano) pour implémenter, gérer et contrôler le registre.

Le financement du registre serait utilisé pour :

- la mise en place et la maintenance de l'infrastructure TIC nécessaire ;
- un soutien structurel des autorités pour le traitement des données, l'audit et le feedback, et l'évaluation des centres de chirurgie bariatrique (p.ex. le suivi des modalités de la convention) ;
- le personnel impliqué dans la codification et la saisie des données (les données doivent pouvoir être téléchargées par lots à partir du dossier médical informatisé).

Le contenu du registre devra être conforme aux initiatives étrangères actuelles (Suède et Pays-Bas) et permettre de monitorer des indicateurs de processus et de résultat. La structure de pilotage devrait veiller à ce que les exigences en matière de saisie de données soient en relation avec l'usage qui en sera fait (p.ex. pas d'enregistrement

systématique de variables ne servant pas pour les évaluations à grande échelle ou les indicateurs de qualité). La structure de pilotage serait chargée de déterminer la nature des données à récolter, mais celles-ci devraient au moins contenir des informations sur :

- les données administratives du patient (p.ex. identification unique du patient [numéro de registre national], date de naissance, sexe)
- les résultats des bilans/évaluations préopératoires (p.ex. taille, poids de départ, comorbidités)
- la procédure bariatrique suivie (p.ex. date, type d'intervention, hôpital)
- les données de suivi (p.ex. comorbidités, complications, poids atteint, PROMS^f (résultats rapportés par le patient))

Le registre devrait être tenu pour tous les patients à partir du moment où son cas est discuté en concertation multidisciplinaire (donc les patients opérés et non opérés) et complété jusqu'à 5 ans minimum après l'opération (au moins une fois par an).

Les **résultats** (indicateurs de processus et de résultats) seront utilisés pour évaluer l'offre de soins (p.ex. pour revoir la convention en termes de contenu, d'attribution et de maintien des centres). À terme, les résultats de ces indicateurs devront également être rendus publics (selon le modèle suédois).

L'enregistrement des données serait principalement effectué par les centres de chirurgie bariatrique, de préférence jusqu'à 5 ans après l'opération, comme aux Pays-Bas et en Suède. L'introduction de cet enregistrement peut se faire de manière progressive, avec une phase initiale d'au moins 2 ans, suivie d'une extension à au moins 5 ans.

^f Récoltés via des instruments uniformisés



■ RECOMMANDATIONS⁹

Au ministre des affaires sociales et de la santé publique et à l'INAMI, après consultation des autorités compétentes

- Afin de garantir au patient une préparation multidisciplinaire à l'opération, il est nécessaire de maintenir les critères de remboursement légaux actuels de la chirurgie bariatrique, mais aussi d'y ajouter des conditions supplémentaires suivantes :
 - Les concertations multidisciplinaires entre les professionnels de santé qui posent l'indication opératoire de la chirurgie bariatrique doivent être menées en présence de ceux-ci (éventuellement par vidéoconférence) et ce, pour chaque patient ;
 - Outre un chirurgien bariatrique, un interniste/endocrinologue/gastro-entérologue et un psychologue/psychiatre, un diététicien du centre de chirurgie bariatrique doit également donner son avis ;
 - Chaque patient doit avoir vu un médecin généraliste avant l'intervention (de préférence le médecin en charge du Dossier Médical Global). Ce médecin généraliste doit être consulté au sujet des antécédents du patient (p.ex. ses tentatives de perte de poids), de sa situation socioéconomique et de sa capacité à respecter les modalités du suivi postopératoire, sans que son avis (éventuellement écrit) ne soit contraignant.

L'avis de chacune de ces disciplines doit être pris en considération dans la décision d'opérer, et documenté dans le dossier du patient.
- La participation à la concertation multidisciplinaire où sont discutés les avis de chaque membre de l'équipe et du médecin généraliste doit être rémunérée : via la convention (cf. ci-dessous) pour les professionnels attachés au centre de chirurgie bariatrique, via une nouvelle nomenclature à établir pour les médecins généralistes.

⁹ Le KCE reste seul responsable des recommandations.



Au ministre des affaires sociales et de la santé publique, après consultation des autorités compétentes :

- **Afin de réduire la fragmentation actuelle de la chirurgie bariatrique, et de garantir son encadrement par une équipe multidisciplinaire détenant une expertise en chirurgie bariatrique, il est nécessaire de limiter cette mission de soins par un système de conventions avec les hôpitaux qui répondent à certaines conditions :**
 - **En termes de volume :**
 - **Chaque centre de chirurgie bariatrique doit effectuer, par an, un minimum de 100 interventions bariatriques remboursées par l'assurance maladie, associées à l'itinéraire de soins adéquat. Ces volumes-seuils doivent être atteints par site hospitalier.**
 - **Chaque centre de chirurgie bariatrique doit disposer d'au moins deux chirurgiens pratiquant, par an, au moins 25 interventions bariatriques remboursées par l'assurance maladie. Le volume par chirurgien peut être atteint dans différents hôpitaux ou sites hospitaliers.**
 - **Les volumes sont déterminés sur la base des interventions primaires et des ré-interventions de step-up. Le nombre de ré-interventions est un indicateur (pour le centre où l'intervention primaire a eu lieu) qui doit être monitoré dans le registre national de chirurgie bariatrique (voir ci-dessous).**
 - **En termes d'équipe multidisciplinaire :**
 - **Chaque centre de chirurgie bariatrique doit disposer (sur le site de l'hôpital) d'une équipe multidisciplinaire de base composée d'au moins deux chirurgiens effectuant chacun au moins 25 interventions bariatriques par an, d'un interniste ou endocrinologue ou gastro-entérologue, d'un diététicien et d'un psychologue ou psychiatre, chacun d'entre eux détenant une expertise avérée dans le domaine de la chirurgie bariatrique (p.ex. formation complémentaires, échange de connaissances avec les professionnels d'autres centres, nombre-seuil de consultations avec des patients bariatriques).**
 - **L'équipe multidisciplinaire de base doit pouvoir faire appel à d'autres disciplines au sein de l'hôpital ou du réseau, comme un kinésithérapeute ayant une expérience de l'obésité/chirurgie bariatrique, des médecins spécialisés dans les troubles psychologiques ou psychiatriques si l'équipe de base ne**



comprend pas de psychiatre (p.ex. troubles alimentaires, toxicomanie et dépendances), un gynécologue, un cardiologue, un pneumologue, etc.

- Chaque centre de chirurgie bariatrique doit mettre en place un coordinateur (p.ex. un diététicien ou un psychologue, un infirmier ou un infirmier de pratique spécialisée en soins bariatriques) pour organiser la concertation multidisciplinaire, être le point de contact pour les patients, organiser des séances d'information, contrôler la présence des patients aux rendez-vous de suivi et gérer l'encodage des données dans le registre de chirurgie bariatrique centralisé. Certaines de ces tâches peuvent être déléguées à du personnel administratif.
- En termes de durée de suivi pré- et postopératoire et de nombre de consultations
 - En préopératoire : les patients doivent rencontrer au moins une fois le diététicien et le psychologue. Une durée minimale de 3 mois doit être imposée entre un premier contact avec un centre de chirurgie bariatrique et l'opération (sauf en cas de besoin médical urgent) ;
 - En postopératoire : les patients doivent être suivis pendant au moins 2 ans. En plus du suivi médical, tous les patients doivent être vus au moins 4 fois par an par le diététicien au cours de la première année et au moins deux fois la deuxième année, ainsi que au moins une fois par an par le psychologue durant au moins deux ans.
 - La durée et le nombre minimal de consultations doivent pouvoir être augmentés pour les patients qui nécessitent une préparation et/ou un suivi plus intensif. À la fin de la deuxième année de suivi, un bilan sera effectué pour déterminer si le suivi peut être transféré au médecin généraliste ou s'il doit être poursuivi par le centre de chirurgie bariatrique (p.ex. consultations annuelles éventuellement complétées par un accompagnement additionnel).
- En termes de registre
 - Chaque centre doit enregistrer ses données dans le registre national uniformisé obligatoire de chirurgie bariatrique (voir ci-dessous) pour chaque patient opéré et non opéré, et ce dès le premier contact. Pour les patients opérés, les données initiales doivent être collectées pendant au moins 2 ans après l'opération. Cette période peut être prolongée jusqu'à 5 ans, voire davantage, après l'opération.



- **En termes d'accords de collaboration**
 - **Chaque centre doit conclure des accords de collaboration** (p.ex. sur les itinéraires de soins locaux, les modalités de renvoi, la concertation multidisciplinaire) avec la première ligne de soins (p.ex. avec les réseaux locorégionaux et les zorgraden eerstelijnszones en Flandre), ainsi qu'avec des cliniques spécialisées dans le traitement conservateur de l'obésité et avec un centre de chirurgie reconstructrice (p.ex. pour l'ablation des excédents cutanés suite à la perte de poids).
- **La convention consiste en une redevance forfaitaire par centre.**
 - **Ce forfait sert à financer l'équipe multidisciplinaire, les réunions de concertation et l'encodage des données dans le registre de chirurgie bariatrique. Le forfait couvre également les séances d'information et les incitants pour les patients qui respectent leurs rendez-vous de suivi (p.ex. suppléments vitaminiques, tests de laboratoires).**
 - **Le montant du forfait doit être déterminé sur la base d'une estimation du nombre de consultations par discipline :**
 - **Consultations standard pour tous les patients ;**
 - **Consultations supplémentaires pour certains patients en fonction des besoins.**
 - **Le montant du forfait peut dépendre du nombre d'interventions mais aussi d'indicateurs de performance (p.ex. le taux de présence aux rendez-vous de suivi).**
 - **La rémunération des médecins (interventions, consultations) et des kinésithérapeutes reste inchangée (principalement à l'acte ou via un montant global prospectif pour les soins à basse variabilité).**
- **Un groupe de pilotage composé de représentants des pouvoirs publics, des mutualités, des professionnels de soins de santé (via leurs organisations scientifiques et professionnelles), des patients, des hôpitaux et des structures de première ligne, devrait être mis en place pour définir la forme de la convention, soutenir son contenu et en assurer le suivi. La convention devra être évaluée dans les 3 ans sur la base d'indicateurs de qualité (registre de chirurgie bariatrique, cf. ci-dessous) à définir par le groupe de pilotage sur la base des propositions des organisations professionnelles concernées (cf. ci-dessous).**



- Une période transitoire (max 3 ans) doit être prévue pour que les hôpitaux et/ou les sites hospitaliers qui ne remplissent pas les conditions de la convention puissent conclure des accords à ce sujet dans le cadre des réseaux hospitaliers locorégionaux. En plus des conditions mentionnées ci-dessus, les hôpitaux devront aussi prendre en compte d'autres critères (p.ex. l'accessibilité).
- Une évaluation du remboursement de la chirurgie reconstructrice après chirurgie bariatrique doit être effectuée.

Aux organisations scientifiques et professionnelles du domaine de la chirurgie bariatrique (BESOMS, BASO, BBAHS, eetexpert.be, etc.), en collaboration avec les organisations de soins de première ligne :

- Une description de fonction devrait être élaborée pour le rôle de coordinateur. Une distinction claire doit être faite entre les tâches que le coordinateur doit assumer lui-même et celles qu'il peut déléguer à du personnel de soutien administratif.
- Un document de consensus national (« itinéraire national de soins ») devrait être développé ; il doit préciser quelles sont les interventions pré- et postopératoires les plus importantes pour les soins multidisciplinaires (médicaux, psychologiques, motivationnels, diététiques et nutritionnels, adaptation du mode de vie). Cet itinéraire national de soins se basera sur un modèle de soins partagés et échelonnés, c'est-à-dire qu'il sera fait appel à une vision transmurale où les première et deuxième lignes seront en constante interaction. La durée et l'intensité des suivis pré- et postopératoire seront adaptées aux besoins du patient. Ce document de consensus pourra s'appuyer sur l'étude de littérature présentée au chapitre 4 du rapport scientifique.
- Des indicateurs (de qualité) devraient être proposés ; ils seront mesurés et monitorés grâce à un registre national centralisé de la chirurgie bariatrique. Ces indicateurs de qualité s'inspireront des indicateurs des registres bariatriques néerlandais et suédois (p.ex. délai entre le premier contact avec le centre de chirurgie bariatrique et l'intervention, pourcentage de perte de poids, taux de présence aux rendez-vous de suivi, qualité de vie, complications).

Au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, à l'INAMI, à Sciensano, en concertation avec les associations scientifiques et professionnelles et les autres partenaires et institutions concernés :



- Un registre national de la chirurgie bariatrique, uniformisé et obligatoire, doit être mis en place, sur le modèle des registres suédois et néerlandais.
- Une structure de pilotage du registre doit être prévue (organisations professionnelles concernées, cf. ci-dessus groupe de pilotage de la convention). L'INAMI devrait financer une organisation scientifique indépendante (Sciensano) pour mettre en œuvre, gérer et contrôler ce registre.
- Un financement doit être prévu pour :
 - le personnel des centres de chirurgie bariatrique nécessaire à l'encodage des données (via la convention) ;
 - la mise en place et la maintenance de l'infrastructure TIC nécessaire ;
 - un soutien structurel des autorités pour l'audit et le feedback, et pour l'évaluation de la convention et des centres de chirurgie bariatrique.
- Le contenu du registre de la chirurgie bariatrique sera défini par la structure de pilotage après avis des organisations professionnelles concernées (cf. ci-dessus). Il sera veillé à ce que les exigences en matière de données à enregistrer soient équilibrées par rapport aux nécessités (p.ex. indicateurs de qualité) et que le registre contienne au moins les informations suivantes :
 - les données administratives du patient (p.ex. identification unique du patient [numéro de registre national], date de naissance, sexe) ;
 - les résultats des bilans/évaluations préopératoires (p.ex. taille, poids de départ, comorbidités) ;
 - la procédure bariatrique suivie (p.ex. date, type d'intervention, hôpital) ;
 - les données de suivi (p.ex. comorbidités, complications, poids atteint, PROMS (résultats rapportés par le patient)).
- Pendant la phase de démarrage, le registre sera tenu pour chaque patient à partir du moment où son cas est discuté en concertation multidisciplinaire et pendant un minimum de 2 ans. Cette durée sera ensuite étendue à 5 ans après l'opération ou davantage (au moins une fois par an).



Aux professionnels de santé attachés à un centre de chirurgie bariatrique :

- Les patients pouvant bénéficier d'une chirurgie bariatrique doivent y être préparés de manière approfondie, afin d'augmenter leurs chances de perdre du poids durablement et de réduire leurs risques de présenter des suites défavorables (médicales/psychosociales). Le centre de chirurgie bariatrique doit veiller à ce que le patient soit informé au sujet de l'opération, des complications et conséquences possibles (y compris financières), ainsi que des changements nécessaires à apporter à son mode de vie. Cette information peut se faire selon différents canaux (p.ex. documents écrits, séances d'information individuelles ou en groupe, contacts avec des pairs, sites web validés). Le centre doit vérifier si le patient a bien compris les informations reçues avant de l'inviter à signer un formulaire de consentement éclairé. Une approche spécifique sera proposée aux patients vulnérables (en raison d'un faible niveau socio-économique, de capacités cognitives limitées, etc.).
- La traduction de l'itinéraire de soins national en itinéraires de soins locaux doit tenir compte non seulement des connaissances et de l'expertise des professionnels concernés, mais aussi – systématiquement – de l'expertise de vécu des patients (les patients eux-mêmes). Ce processus nécessite la formation et l'accompagnement tant de professionnels de la santé que des experts du vécu.

Aux universités/hautes écoles, centres de chirurgie bariatrique et associations scientifiques et professionnelles dans le domaine de la bariatrie, en collaboration avec les associations scientifiques et professionnelles de soins de première ligne :

- L'offre de formations pour les médecins généralistes dans le domaine de l'obésité et de la chirurgie bariatrique devrait être davantage développée (tant dans les programmes de formation de base que dans les programmes de formation continue), tout comme pour les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients bariatriques.
- Des outils pratiques devraient être développés pour les médecins généralistes afin de faciliter la prise de décision clinique (p.ex. checklist pour évaluer si le patient peut entrer en ligne de compte pour une intervention chirurgicale bariatrique, accompagnement pour les différentes étapes du suivi, checklist (sur base d'un consensus) des signaux d'alarme nécessitant un renvoi (rapide) vers le centre (drapeaux rouges)).



■ RÉFÉRENCES

1. Louwagie P, Neyt M, Dossche D, Camberlin C, Ten Geuzendam B, Van den Heede K, et al. Bariatric surgery: an HTA report on the efficacy, safety and cost-effectiveness. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019. KCE Reports (316)
2. Markar SR, Penna M, Karthikesalingam A, Hashemi M. The impact of hospital and surgeon volume on clinical outcome following bariatric surgery. *Obesity Surgery*. 2012;22(7):1126-34.
3. Zevin B, Aggarwal R, Grantcharov TP. Volume-outcome association in bariatric surgery: a systematic review. *Annals of Surgery*. 2012;256(1):60-71.
4. Asano EF, Rasera I, Jr., Shiraga EC. Cross-sectional study of variables associated with length of stay and ICU need in open Roux-En-Y gastric bypass surgery for morbid obese patients: an exploratory analysis based on the Public Health System administrative database (Datusus) in Brazil. *Obesity Surgery*. 2012;22(12):1810-7.
5. Brunaud L, Polazzi S, Lifante JC, Pascal L, Nocca D, Duclos A. Health Care Institutions Volume Is Significantly Associated with Postoperative Outcomes in Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2018;28(4):923-31.
6. Chiu CC, Wang JJ, Tsai TC, Chu CC, Shi HY. The relationship between volume and outcome after bariatric surgery: a nationwide study in Taiwan. *Obesity Surgery*. 2012;22(7):1008-15.
7. Celio AC, Kasten KR, Brinkley J, Chung AY, Burruss MB, Pories WJ, et al. Effect of Surgeon Volume on Sleeve Gastrectomy Outcomes. *Obesity Surgery*. 2016;26(11):2700-4.
8. Doumouras AG, Saleh F, Anvari S, Gmora S, Anvari M, Hong D. A Longitudinal Analysis of Short-Term Costs and Outcomes in a Regionalized Center of Excellence Bariatric Care System. *Obesity Surgery*. 2017;27(11):2811-7.



9. Doumouras AG, Saleh F, Anvari S, Gmora S, Anvari M, Hong D. The effect of health system factors on outcomes and costs after bariatric surgery in a universal healthcare system: a national cohort study of bariatric surgery in Canada. *Surgical Endoscopy*. 2017;31(11):4816-23.
10. Gould JC, Kent KC, Wan Y, Rajamanickam V, Levenson G, Campos GM. Perioperative safety and volume: outcomes relationships in bariatric surgery: a study of 32,000 patients. *Journal of the American College of Surgeons*. 2011;213(6):771-7.
11. Pradarelli JC, Varban OA, Ghaferi AA, Weiner M, Carlin AM, Dimick JB. Hospital variation in perioperative complications for laparoscopic sleeve gastrectomy in Michigan. *Surgery*. 2016;159(4):1113-20.
12. Stenberg E, Szabo E, Agren G, Naslund E, Boman L, Bylund A, et al. Early complications after laparoscopic gastric bypass surgery: results from the Scandinavian Obesity Surgery Registry. *Annals of Surgery*. 2014;260(6):1040-7.
13. Torrente JE, Cooney RN, Rogers AM, Hollenbeak CS. Importance of hospital versus surgeon volume in predicting outcomes for gastric bypass procedures. *Surgery for Obesity & Related Diseases*. 2013;9(2):247-52.
14. Varban OA, Reames BN, Finks JF, Thumma JR, Dimick JB. Hospital volume and outcomes for laparoscopic gastric bypass and adjustable gastric banding in the modern era. *Surgery for Obesity & Related Diseases*. 2015;11(2):343-9.
15. Moroshko I, Brennan L, O'Brien P. Predictors of attrition in bariatric aftercare: a systematic review of the literature. *Obesity Surgery*. 2012;22(10):1640-7.
16. Bellows CF, Gauthier JM, Webber LS. Bariatric Aftercare and Outcomes in the Medicaid Population Following Sleeve Gastrectomy. *Jsls-Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*. 2014;18(4):7.
17. Jurgensen JA, Reidt W, Kellogg T, Mundi M, Shah M, Clavell MLC. Impact of Patient Attrition from Bariatric Surgery Practice on Clinical Outcomes. *Obesity Surgery*. 2019;29(2):579-84.
18. Hood MM, Corsica J, Bradley L, Wilson R, Chirinos DA, Vivo A. Managing severe obesity: understanding and improving treatment adherence in bariatric surgery. *Journal of Behavioral Medicine*. 2016;39(6):1092-103.



COLOPHON

Titre :	Chirurgie de l'obésité: Organisation et Financement des soins pré- et postopératoires – Synthèse
Auteurs :	Koen Van den Heede (KCE), Belinda Ten Geuzendam (IMA), Dorien Dossche (KCE), Sabine Janssens (BSM Management), Peter Louwagie (Voormalig KCE), Kirsten Vanderplanken (Voormalig Tempera), Pascale Jonckheer (KCE)
Coordinateur de projet :	Nathalie Swartenbroeckx (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Gudrun Briat (KCE), Karin Rondia (KCE)
Relecture :	Jef Adriaenssens (KCE), Jens Detollenaere (KCE)
Experts externes :	Filip Ameye (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) – Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)), Marie Barea Fernandez (Erasme ULB; Belgian Bariatric Allied Health Society (BBAHS)), Lise Boddaert (AZ Herentals), Els Boekaerts (Jessa ziekenhuis Hasselt; Obesitas centrum), Wim Bouckaert (Jessa ziekenhuis Hasselt; Obesitas centrum), Charline Bronchain (Maison Médicale de Ransart), Sabine Buntinx (Union Générale des Infirmiers de Belgique (UGIB) – Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB)), Dany Burnon (Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell (CHIREC)), Marie Capacchi (Médecin généraliste – huisarts), Fadi Charara (CHU Tivoli), Laurence Claes (KU Leuven; Eetexpert), Véronique de Brouckère (CHU Tivoli), Paul De Cort (Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde (ACHG), KU Leuven; Eetexpert), Paul De Munck (GBO – Cartel), Hilde De Nutte (Zorgnet – Icuuro), Ri De Ridder (Dokters van de Wereld), Nick De Swaef (RIZIV – INAMI; FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique; Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten FAGG) – Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (FAMPS)), Nele De Wert (AZ Nikolaas), Ann De Zitter (AXXON – Beroepsvereniging voor kinesitherapeuten), Didier Deltour (la fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA)), Bart Demyttenaere (Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (NVSM) – Union Nationale des Mutualités Socialistes, Solidaris (UNMS)), Mieke Devadder (UZ Leuven), Bruno Dillemans (AZ Sint-Jan), Vera Eenkhoorn (Sint Jozefkliniek Bornem), Valérie Fabri (NVSM – UNMS ; Solidaris), Marc Geboers (Zorgnet – Icuuro), Jean-Marc Gillardin (Sint-Lucas Brugge), Vinciane Goessens (CHU de Liège), Alexandre Haumann (CHU de Liège), Leo Hendrickx (Ziekenhuis Netwerk Antwerpen (ZNA)), Isabelle Heyens (UZ Gent), Jacques Himpens (CHIREC; Delta Ziekenhuis Oudergem), Yves Hoebeke (Grand Hôpital de Charleroi (GHDC)), Lucien Hoekx (RIZIV – INAMI), Pierre Hourlay (Jessa Ziekenhuis Hasselt), Rozemarijn Jeannin (Eetexpert), Laurent Kohnen (CHU de Liège), Nikos Kotzampassakis (Centre Hospitalier Regional de la Citadelle, Liège), Thierry Lafullarde (Sint Dimpna ziekenhuis Geel; Belgian Section of Obesity and Metabolic Surgery (BeSOMS)), Catherine Laminne (GHDC), Matthias Lannoo (UZ Leuven), Jean-Marc Legrand (CHR Huy; BeSOMS), Barbara Lembo (Belgian Bariatric Allied Health Society (BBAHS)), Pascal Meeus (INAMI – RIZIVg), Nicole Mertens (Union Professionnelle des Psychologues Cliniciens Francophones & Germanophones (UPPCF)), Benoît Navez (St Luc Bruxelles; BeSOMS), Thomas Organ (Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)), Jeannin Rozemarijn (Eetexpert), Jean-Pierre Saey (CHR Mons; BESOMS), Jean-Paul Thissen (Cliniques



universitaires St. Luc; Université Catholique de Louvain (UCL)), Ilse Ulens (Eetexpert), Jody Valk (ZNA), Bart Van der Schueren (UZ Leuven, Belgian Association for the Study of Obesity (BASO)), Luc Van Gaal (Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA)), Chris Van Hul (ML – OZ), France Van Lippevelde (Clinique St. Luc Bouge (SLBO)), Etienne Van Vyve (Clinique St. Jean Bruxelles), An Vandeputte (Eetexpert), Wout Vanderborght (UZ Leuven), Yves Vannieuwenhove (UZ Gent), Johan Vanoverloop (Intermut, IMA – AIM), An Verrijken (UZA), Annemie Vlaeyen (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Ilse Weeghmans (Vlaams Patiëntenplatform vzw)

Validateurs externes : Ellen Coeckelberghs (KU Leuven), Virginie Hainaut (Hôpitaux Iris-Sud (HIS° – Iris Zuid ziekenhuizen (IZZ)), Simon Nienhuijs (Catharina ziekenhuis, Nederland)

Remerciements : Nous remercions Luc Hourlay pour son soutien durant le recrutement des patients.

Intérêts déclarés : Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine 'Trajet Bariatrique'. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.

Layout : Ine Verhulst

Photo de couverture droite : De la revue '*Nederlands Tijdschrift voor Voeding & Diëtetiek*' (illustrator Ana-Maria Marin)

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Enfin, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication : 29 juin 2020

Domaine : Health Services Research (HSR)

MeSH : Bariatric surgery; Health Services Research; Organizational Policy

Classification NLM : WI 980

Langue : Français

Format : Adobe® PDF™ (A4)



Dépot légal :

D/2020/10.273/05

ISSN :

2466-6440

Copyright :

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Van den Heede K, Ten Geuzendam B, Dossche D, Sabine Janssens S, Louwagie P, Vanderplanken K, Jonckheer P. Chirurgie de l'obésité: Organisation et Financement des soins pré- et postopératoires – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2020. KCE Reports 329Bs. D/2020/10.273/05.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.