

Obésité : les dérives de la chirurgie bariatrique

Près de 500 000 Français ont bénéficié depuis une dizaine d'années d'une réduction du volume de l'estomac. Si les bienfaits sont avérés, le nécessaire suivi des patients n'est pas toujours assuré.

LE MONDE SCIENCE ET TECHNO | 22.01.2018 à 17h52 • Mis à jour le 23.01.2018 à 06h35 | Par Pascale Santi

(journaliste/pascale-santi/)



Un chirurgien tient un anneau gastrique à l'hôpital de Saint-Jean-d'Angély (Charente-Maritime), le 24 janvier 2013. REGIS DUVIGNAU / REUTERS

Depuis plusieurs années, la chirurgie de l'obésité a le vent en poupe. Le nombre d'interventions de chirurgie bariatrique (issu du grec *baros*, poids) a été multiplié par plus de trois entre 2006 et 2017, avec près de 450 000 personnes opérées sur cette période, [selon le site de l'Assurance-maladie](https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surpoids-adulte/traitement-medicamenteux-chirurgical).

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surpoids-adulte/traitement-medicamenteux-chirurgical> Mais est-on allé trop loin ? Opère-t-on trop en France ? Si la chirurgie reste, dans le cas de l'obésité sévère, la méthode qui donne les résultats les plus durables et les plus significatifs, ce n'est pas non plus une baguette magique. Elle est aujourd'hui sous la loupe des autorités sanitaires.

La France constitue en effet un paradoxe. Si l'obésité touche 17 % environ de la population adulte (40 % sont en surpoids), ces taux sont moindres que dans d'autres pays industrialisés. Pourtant, l'Hexagone figure parmi les pays qui opèrent le plus de l'obésité dans le monde, avec quatre fois plus d'opérations qu'en Allemagne ou au Royaume-Uni, mais moins qu'en Suède ou en Belgique, proportionnellement parlant.

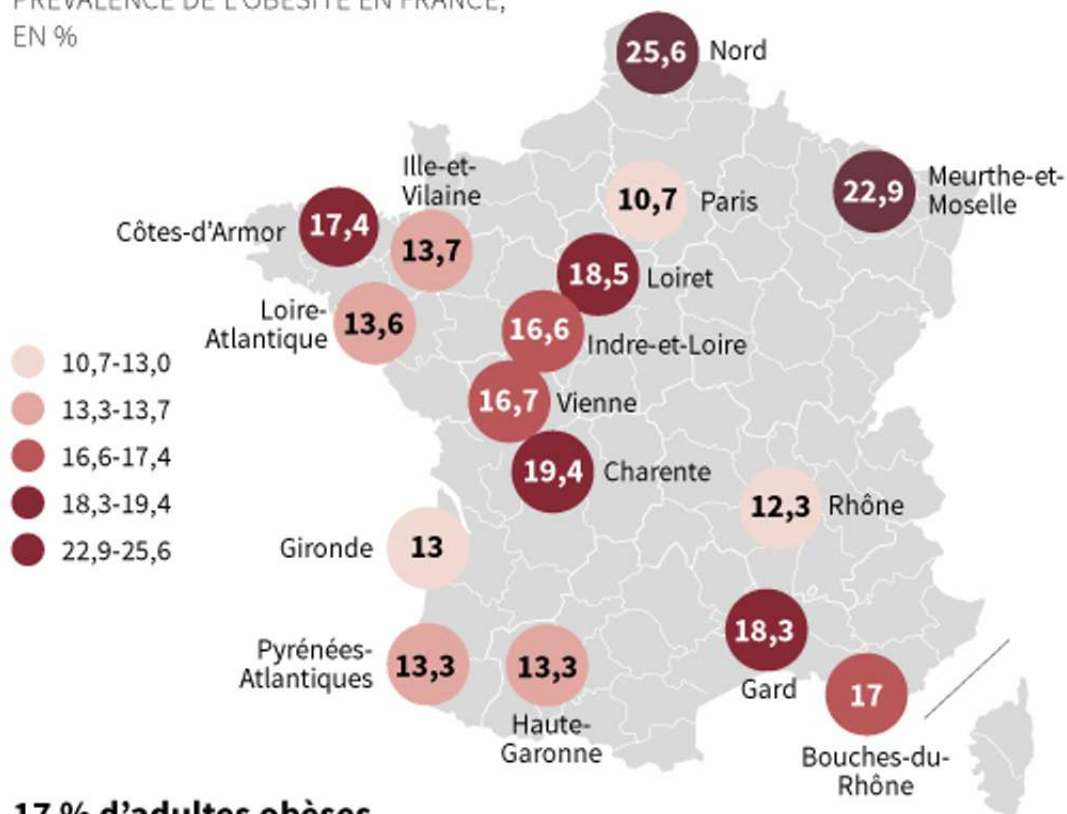
Cette situation suscite des interrogations des autorités sanitaires sur la pertinence de cette stratégie. En préparation depuis des mois, une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), chargée de réaliser un état des lieux de cette chirurgie, doit remettre dans les prochains jours ses conclusions au ministère de la santé. De même, les derniers indicateurs des établissements de santé demandés par la Haute Autorité de santé (HAS) montrent des résultats parfois préoccupants. Les données de l'Assurance-maladie, auxquelles nous avons eu accès, sont également contrastées. [L'Académie de médecine vient de publier un rapport sur la prise en charge](http://www.academie-medecine.fr/ameliorer-le-suivi-des-patients-apres-chirurgie-bariatrique/).

[\(http://www.academie-medecine.fr/ameliorer-le-suivi-des-patients-apres-chirurgie-bariatrique/\)](http://www.academie-medecine.fr/ameliorer-le-suivi-des-patients-apres-chirurgie-bariatrique/)

L'OBÉSITÉ EN FRANCE

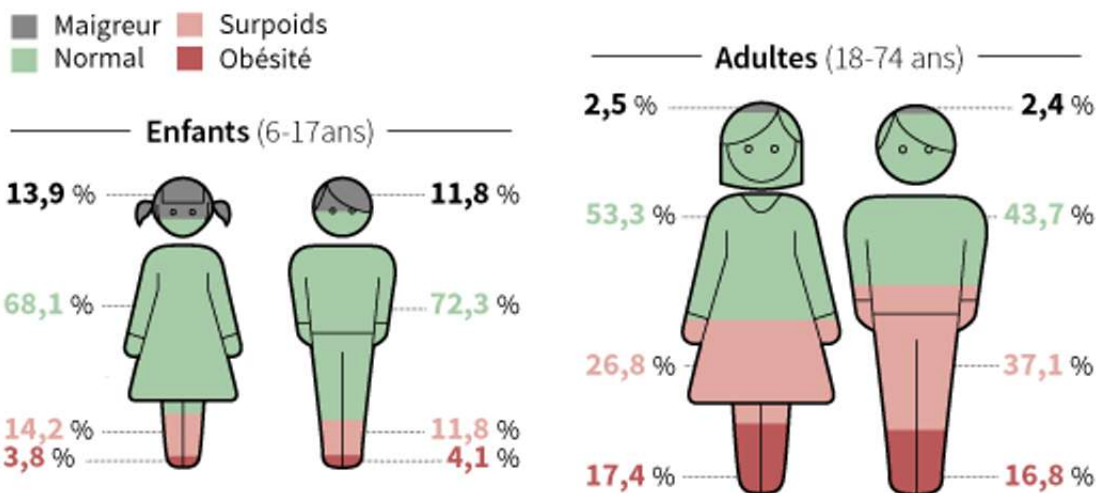
Des disparités régionales

PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ EN FRANCE, EN %



17 % d'adultes obèses

DISTRIBUTION DE LA CORPULENCES SELON LE SEXE, EN 2015



Infographie Le Monde

« Controverse »

Cette technique, réalisée principalement par voie naturelle, a émergé il y a une vingtaine d'années. Dès 1954, des chirurgiens de Minneapolis (Minnesota, Etats-Unis) ont expérimenté sur l'animal, puis chez l'homme, une dérivation drastique du circuit de l'intestin grêle (le by-pass jéjuno-iléal), comme le décrit le chirurgien Jérôme Dargent, président de la Société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques (Soffcomm) dans un article sur l'histoire de cette intervention, « *dès ses débuts, marquée par la controverse* ».

Depuis, plusieurs techniques ont émergé et ont évolué. Alors que l'anneau gastrique autour de la

jonction entre l'œsophage et l'estomac, très utilisé il y a dix ans, est devenu marginal, la gastrectomie longitudinale (appelée « sleeve »), qui réduit l'estomac d'environ deux tiers, continue de progresser, tandis que le by-pass (court-circuit gastrique) augmente dans une moindre mesure.

Selon les recommandations de la HAS, cette technique, indiquée en deuxième intention, est réservée aux patients dont l'indice de masse corporelle (IMC, poids divisé par la taille au carré) dépasse 40 kg/m², voire 35 lorsqu'une (ou plusieurs maladies) est présente (diabète de type 2, maladies cardio-vasculaires, articulaires, etc.). On parle d'obésité lorsque l'IMC dépasse 30 kg/m². « *C'est réservé à des patients pour lesquels il n'y a pas ou peu d'options thérapeutiques, et qui ont un risque élevé de développer d'autres maladies* », résume la professeure Karine Clément, directrice de l'équipe Nutriomique (Inserm/Sorbonne université), à l'Institut de cardiométabolisme et de nutrition, à Paris (Pitié-Salpêtrière). Ces patients, en souffrance, ont souvent suivi des régimes à répétition. En vain.

Amélioration de la qualité de vie

L'efficacité de la chirurgie bariatrique et sa supériorité par rapport aux autres prises en charge (essentiellement diététique, psychologique et comportant de l'activité physique) ne font pas de doute. En moyenne, la chirurgie permet une perte de poids d'environ 30 %.

Surtout, les études épidémiologiques, dont la suédoise Swedish Obese Subjects (SOS), la première, montrent que la chirurgie réduit de moitié la surmortalité – élevée chez les patients obèses. Elle diminue d'environ 30 % le risque de maladies cardio-vasculaires et de cancers. Une étude israélienne publiée dans *Jama* le 16 janvier, menée auprès de 8 385 patients opérés (par by-pass ou sleeve) entre 2005 et 2014, a montré que le taux de décès était deux fois moindre quatre ans et demi après l'intervention, comparé à 25 155 patients ayant reçu une prise en charge non chirurgicale.

Les données issues de la cohorte Sniiram (Système national d'information interrégimes de - l'Assurance-maladie), mise en place en 2009 et qui suit 15 000 personnes qui ont subi une intervention de ce type, vont dans le même sens. Un quart de ces patients opérés avaient un traitement anti-hypertenseur. Six ans après, un sur six a arrêté son traitement. De même, sur les 10 % qui avaient un médicament contre le cholestérol, un sur deux n'en a plus besoin. La proportion est identique pour le diabète de type 2, un bénéfice attesté par une littérature abondante.

Lire aussi : **Obésité : l'impact de la chirurgie reconnue dans le diabète**

(sciences/article/2018/01/22/obesite-l-impact-de-la-chirurgie-reconnue-dans-le-diabete_5245379_1650684.html)

Une autre piste, notamment évaluée par l'équipe de recherche du professeur François Pattou (CHRU de Lille), porte sur l'effet majeur de la chirurgie sur les lésions inflammatoires et la fibrose du foie au cours de la stéatohépatite non alcoolique (NASH). Un essai multicentrique est en cours. En revanche, aucun bénéfice n'a été observé pour les troubles anxiodépressifs et la douleur, selon ces données. Mais la chirurgie entraîne globalement une amélioration de la qualité de vie des patients, - limite le nombre d'arrêts de travail...

Evaluation sur le long terme

C'est pour ces raisons qu'elle a suscité – et suscite encore – autant d'engouement. Mais la réussite d'une opération doit aussi être observée à l'aune du temps. « *C'est une chirurgie relativement récente, on ne sait pas à long terme ce que cela va donner* », prévient ainsi le professeur Claude Attali, du Collège national des généralistes enseignants (CNGE).

« *La réussite doit donc s'évaluer sur le long terme et au regard d'un ensemble de bénéfices et non de la seule perte de poids* », rappelle le docteur Annie Fouard, responsable du département hospitalisation à la Caisse nationale d'Assurance-maladie (CNAM) et qui participe à un groupe de travail sur le sujet avec le ministère de la santé.

Cette chirurgie est en effet loin d'être anodine. François Pattou évoquait le « *côté obscur de la force* » lors des journées de recherche sur l'obésité en 2016 : « *La mortalité atteint 0,3 pour 1 000. Trente personnes sont décédées en 2015.* » Le taux de réinterventions a doublé en dix ans, passant

de 5 % à 10 % entre 2006 et 2016. On observe également des complications, d'environ 15 %, liées à la nature même d'une chirurgie de l'abdomen. « *On ne nous a pas prévenus qu'on allait souffrir* », entend-on souvent dire les patients. Les effets secondaires comme les troubles intestinaux, les malaises après repas, la fatigue... sont fréquents.

« *Cela diffère fortement d'une personne à l'autre. Chaque cas est particulier* », insiste le docteur Christine Poitou-Bernert (Pitié-Salpêtrière). Les habitudes alimentaires sont chamboulées. Certains patients ne peuvent plus manger de viande, de pâtes, et préfèrent les choses sucrées. Le risque le plus fréquent, notamment pour le by-pass, réside dans les carences nutritionnelles en fer, en vitamines D, B12, B1.

« LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE EST LE MIEUX À MÊME DE PALLIER L'INSUFFISANCE DE SUIVI DE CES PATIENTS », RAPPORT DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

Aussi, si des grossesses sont rendues possibles après la chirurgie, la vigilance s'impose pour les femmes en âge de procréer. « *Il est obligatoire d'avoir une supplémentation en vitamine B12 et en acide folique, dont la carence peut engendrer de graves anomalies de développement du fœtus, y compris des spina-bifida [malformations], constate le docteur Annie Fouard. Plus généralement, toute personne qui envisage ce type d'intervention doit avoir une information complète sur les risques à court et à long terme.* »

Mieux associer les généralistes

En effet, l'engouement pour ces techniques ne doit pas masquer que plus de la moitié des personnes opérées sont perdues de vue cinq ans après l'intervention. Déjà, en 2015, les sociétés savantes alertaient. « *Rares sont les centres qui suivent encore plus de la moitié de leurs patients deux ans après l'opération* », constataient l'Académie de chirurgie et la Sofcomm. « *On voit des personnes arriver à l'hôpital avec des problèmes neurologiques à 40 ans dus à des carences* », précise Karine Clément.

« *La littérature a montré que de nombreuses complications pourraient être évitées si le suivi était organisé* », constate le professeur Claude Jaffiol, à l'origine du rapport de l'Académie nationale de médecine « *Améliorer le suivi des patients après la chirurgie bariatrique* ». « *Le médecin généraliste est le mieux à même de pallier l'insuffisance de suivi, à condition d'être formé et investi au sein d'un parcours de soins mieux coordonné* », avance ce rapport.

De même, « *les généralistes doivent être plus associés à la décision opératoire* ». D'un côté, il arrive trop souvent qu'ils découvrent l'opération de ses patients, de l'autre, certains, parfois réticents, évoquent un manque de temps, une rémunération insuffisante – les consultations sont longues –, et un manque de formation.

Ce rapport préconise ainsi que ces consultations soient mieux rémunérées. Il est aussi demandé la prise en charge des consultations de psychologie et de diététique, la supplémentation en vitamines, sans oublier l'activité physique... ce qui permettrait d'améliorer le suivi, et, à terme, d'engendrer des économies. D'autant plus que les personnes les plus touchées sont les plus socialement défavorisées. Les patients eux-mêmes ne sont d'ailleurs pas toujours observants. Il est vrai qu'avec la perte spectaculaire de poids une sorte de période appelée « lune de miel » peut s'installer, certains se croient guéris et ne jugent pas utile d'être suivis.

Lire aussi : Obésité : la chirurgie a des répercussions psychologiques négligées

(sciences/article/2018/01/22/obesite-la-chirurgie-a-des-repercussions-psychologiques-negligees_5245382_1650684.html)

Nouveaux dispositifs d'autorisation

Comme l'a constaté la HAS et ses indicateurs de qualité recueillis dans les 451 établissements réalisant cette pratique, celle-ci est loin d'être faite dans les règles de l'art, avec « *une grande hétérogénéité des pratiques* » et une forte disparité selon les régions.

Ainsi trois patients sur dix n'ont pas bénéficié d'examens préalables suffisants (bilan de leurs comorbidités, bilan endoscopique et évaluation psychologique). Et 20 % n'ont pas reçu les informations minimales. N'ayant perdu « que » 10 kg, Salomé – elle en pèse 90 – se souvient ainsi

« qu'elle n'a pas été informée avant l'opération des complications éventuelles ni du suivi à vie ».

« IL EST URGENT DE VALORISER CETTE MÉDECINE DE L'OBÉSITÉ, MALADIE COMPLEXE ET ÉVOLUTIVE »
OLIVIER ZIEGLER,
COORDINATEUR
DU CENTRE
SPÉCIALISÉ DE
L'OBÉSITÉ DE
NANCY

Le chirurgien Jérôme Dargent temporise. « Ces constats sont parfois justifiés, parfois erronés, et parfois mal compris. (...) Les déséquilibres sont à placer ailleurs, entre les centres "sérieux" et ceux à très faible expérience et volume insuffisant. » Ne faut-il pas diminuer le nombre de centres autorisés ? Un tiers des 441 établissements ont réalisé en 2015 moins de trente interventions par an, le seuil d'activité requis pour être labellisé.

Ce seuil est insuffisant. La Soffcomm, avec les autorités sanitaires, travaille sur le renforcement de cette labellisation. Pour le professeur Olivier Ziegler, diabétologue nutritionniste, coordinateur du Centre spécialisé de l'obésité de Nancy (CHRU Nancy), « l'enjeu serait de l'augmenter à 100, l'essentiel étant de disposer d'une équipe pluridisciplinaire capable de gérer les parcours de soins avant et après la chirurgie ». Or, en France, seuls 36 % de centres (158) réalisent plus de 100 interventions annuelles. Et seuls 29 % des 451 établissements réalisent les trois techniques ! Les autorités de tutelle travaillent sur de nouveaux dispositifs d'autorisation.

Selon la HAS, « les 37 centres spécialisés de l'obésité (CSO), créés après le plan obésité en 2013, et leurs partenaires, 178 établissements au total, obtiennent de meilleurs résultats que les autres - établissements ». L'Assurance-maladie recommande d'ailleurs aux patients de se rendre dans ces centres spécialisés.

Améliorer le suivi à distance

« Il serait utile d'avoir une médecine de parcours pour la chirurgie bariatrique, avec une gradation des soins et des centres de référence labellisés, à l'instar de ce qui existe pour le cancer », résume le professeur Olivier Ziegler. La clé est la coordination entre les différents acteurs. Applications, - balances connectées, etc., de nombreux outils sont à l'étude pour améliorer le suivi à distance... en lien avec les professionnels de santé.

Autres écueils pointés par l'Assurance-maladie : une trentaine d'enfants – sur la centaine de jeunes de moins de 18 ans opérés chaque année – l'ont été en dehors des centres labellisés, ce qui n'aurait pas dû se produire. La Direction générale de l'offre de soins s'est saisie du sujet. De nouvelles techniques se développent, plicature gastrique, variante du by-pass dite « mini-by-pass », etc., qui ne sont pas encore validées.

Du côté des patients, le Collectif national des associations d'obèses (CNAO), à l'origine d'un Livre blanc sur le sujet, milite pour plus d'éducation thérapeutique, afin d'améliorer l'observance. Autre piste, le professeur Karem Slim, responsable de l'unité de chirurgie ambulatoire au CHU Estaing de Clermont-Ferrand, développe la « réhabilitation améliorée après chirurgie », mise en place en 2007. Utilisée dans une quinzaine de centres, elle consiste à limiter l'« agression des soins », à rendre le patient acteur et à travailler en équipe.

Pour Anne-Sophie Joly, présidente du CNAO, la question est plus large. Elle plaide pour que « l'obésité soit reconnue comme une maladie afin de mieux prendre en compte la souffrance du patient ». Même constat pour Olivier Ziegler : « Il est urgent de valoriser cette médecine de l'obésité, maladie complexe et évolutive. Concernant la chirurgie, il existe de graves lacunes dans l'organisation des soins, lesquelles ne favorisent pas les bonnes pratiques. »

Peut-être faut-il opérer moins, mais avec plus de suivi et donc plus de moyens pour le faire, interpelle ce spécialiste, et « aller plus loin dans la description des différentes formes d'obésité. L'indice de masse corporelle ne suffit pas ! »