

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte

Recommandations

Janvier 2009

L'argumentaire scientifique de ces recommandations est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en janvier 2009.

© Haute Autorité de Santé – 2009

Sommaire

Recommandations	4
1. Introduction	4
1.1 Thème et objectifs des recommandations	4
1.2 Professionnels concernés	5
1.3 Méthode de travail et gradation des recommandations	5
2. Stratégies de prise en charge des patients atteints d'obésité dans le cadre d'une intervention chirurgicale initiale	6
2.1 Les indications actuelles de la chirurgie bariatrique doivent-elles être revues ?	6
2.2 Quels doivent être les modalités et le contenu de l'évaluation et de la prise en charge préopératoires du patient ?	7
2.3 Quels critères doit-on prendre en compte pour le choix des techniques chirurgicales ?	13
2.4 Quels doivent être les modalités et le contenu du suivi et de la prise en charge postopératoires du patient ?	14
3. Stratégies de prise en charge des patients atteints d'obésité dans le cadre d'une réintervention chirurgicale	17
4. Enregistrement des interventions de chirurgie bariatrique dans un registre national	18
Limites des recommandations et perspectives	19
Méthode Recommandations pour la pratique clinique	21
Participants	23
Fiche descriptive	26

Recommandations

1. Introduction

1.1 Thème et objectifs des recommandations

► Thème des recommandations

Les recommandations sur les stratégies de prise en charge des patients adultes obèses dans le cadre d'une intervention de chirurgie bariatrique ont été élaborées à la demande du Collège de la Haute Autorité de Santé (dans le cadre de son axe de travail sur l'obésité), du ministère de la Santé (dans le cadre du programme national Nutrition Santé) et de la Société française et francophone de chirurgie de l'obésité (Soffco) (qui souhaitait des recommandations sur les réinterventions).

La chirurgie bariatrique s'est rapidement développée en France depuis une dizaine d'années, au sein de plus de 310 équipes chirurgicales. Elle a fait l'objet de nombreux travaux français ou internationaux d'évaluation ou de recommandations. Néanmoins, une enquête menée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) entre décembre 2002 et janvier 2003 a montré que les recommandations concernant les indications et l'évaluation préopératoire des patients étaient insuffisamment respectées et que le suivi postopératoire des patients était insuffisant (nombre de patients perdus de vue de 18% à 2 ans). De plus, les professionnels de santé et patients interrogés lors de la préparation de ces recommandations ont souligné :

- l'évolution des indications ;
- la nécessité de formaliser et standardiser les modalités et le contenu de l'évaluation pluridisciplinaire préopératoire ;
- l'insuffisance de l'information et de la préparation du patient ;
- l'insuffisance de suivi des patients ;
- l'absence de consensus concernant le choix des techniques chirurgicales ;
- l'absence de consensus concernant les indications des réinterventions.

► Objectifs des recommandations

Les objectifs de ces recommandations sont :

- améliorer l'efficacité à long terme de la chirurgie et réduire la survenue des complications par :
 - une meilleure sélection, information et préparation des patients,
 - le choix de la technique apportant le meilleur rapport bénéfice/risque chez les patients sélectionnés,
 - une meilleure formalisation de la constitution et du rôle de l'équipe pluridisciplinaire ;
- réduire la gravité des complications par leur détection et leur prise en charge précoces.

Dans ces objectifs, les recommandations répondent aux questions suivantes :

- Stratégies de prise en charge des patients atteints d'obésité dans le cadre d'une **intervention chirurgicale initiale**
 - Les indications actuelles de la chirurgie bariatrique doivent-elles être revues ?
 - Quels doivent être les modalités et le contenu de l'évaluation et de la prise en charge préopératoires du patient ?
 - Quels critères doit-on prendre en compte pour le choix des techniques chirurgicales ?

- Quels doivent être les modalités et le contenu du suivi et de la prise en charge postopératoires du patient ?
- Stratégies de prise en charge des patients atteints d'obésité dans le cadre d'une **réintervention chirurgicale**.

Ces recommandations concernent la prise en charge chirurgicale des patients obèses adultes. La chirurgie bariatrique des adolescents n'est pas abordée : la chirurgie est exceptionnelle et la prise en charge des adolescents doit être spécifique et différenciée de celle des adultes.

Sont étudiées les techniques suivantes :

- les techniques restrictives : gastroplastie verticale calibrée, gastroplastie par pose d'anneau ajustable périgastrique, gastrectomie longitudinale ;
- les techniques mixtes : *bypass* gastrique et dérivation biliopancréatique.

La technique du *mini gastric bypass* encore en cours de développement et la dérivation jéjuno-iléale qui n'est plus réalisée ne sont pas étudiées.

Les questions de l'environnement technique nécessaire et de l'organisation des centres de chirurgie bariatrique ne sont pas abordées.

1.2 Professionnels concernés

Ces recommandations s'adressent principalement à l'ensemble des professionnels qui peuvent participer à la prise en charge des patients obèses : chirurgiens, endocrinologues-diabétologues, nutritionnistes, diététiciens, psychologues et psychiatres, médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes et éducateurs médico-sportifs, gastro-entérologues, anesthésistes-réanimateurs, radiologues, gynécologues-obstétriciens.

1.3 Méthode de travail et gradation des recommandations

Ces recommandations ont été élaborées par la méthode des recommandations pour la pratique clinique (RPC), décrite par la HAS¹.

Les recommandations proposées ont été classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve comme des essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision fondée sur des études bien menées (niveau de preuve 1) ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte (niveau de preuve 2) ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture.

¹ Cf. Les recommandations pour la pratique clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France. Anaes, 1999.

L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Dans le cadre de ces recommandations sur la chirurgie bariatrique, la littérature identifiée était très abondante mais de niveau de preuve intermédiaire ou le plus souvent faible ; en conséquence, les recommandations sont majoritairement de grade C ou fondées sur un accord professionnel.

2. Stratégies de prise en charge des patients atteints d'obésité dans le cadre d'une intervention chirurgicale initiale

2.1 Les indications actuelles de la chirurgie bariatrique doivent-elles être revues ?

► Quelles sont les indications de la chirurgie bariatrique ?

La prise en charge des patients candidats à une intervention de chirurgie bariatrique doit s'intégrer dans le cadre de la prise en charge médicale globale du patient obèse (accord professionnel).

La chirurgie bariatrique est indiquée par décision collégiale, prise après discussion et concertation pluridisciplinaires (accord professionnel), chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

- patients avec un IMC ≥ 40 kg/m² ou bien avec un IMC ≥ 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (notamment maladies cardio-vasculaires dont HTA, syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique) (grade B) ;
- en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois (grade B) ;
- en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids (grade B) ;
- patients bien informés au préalable (accord professionnel), ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires (grade C) ;
- patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme (accord professionnel) ;
- risque opératoire acceptable (accord professionnel).

Une perte de poids avant la chirurgie n'est pas une contre-indication à la chirurgie bariatrique déjà planifiée, même si le patient a atteint un IMC inférieur au seuil requis (accord professionnel).

Des données préliminaires (études comparatives randomisées monocentriques, d'effectif faible et de suivi court) ont montré que la chirurgie bariatrique pourrait améliorer les comorbidités, en particulier le diabète de type 2, chez des sujets avec IMC entre 30 et 35 kg/m². Néanmoins, en l'absence de données établies sur une population plus large et à plus long terme, on ne peut recommander pour l'instant la chirurgie bariatrique chez des sujets diabétiques avec IMC entre 30 et 35 kg/m² (accord professionnel).

Les données actuelles, hétérogènes et de faible niveau de preuve, ne permettent pas d'établir le rapport bénéfice/risque de la chirurgie bariatrique au-delà de 60 ans. Après 60 ans, l'indication doit être posée au cas par cas en fonction de l'âge physiologique et des comorbidités associées (grade C).

► **Quelles sont les contre-indications de la chirurgie bariatrique ?**

Les contre-indications de la chirurgie bariatrique sont représentées par (accord professionnel) :

- les troubles cognitifs ou mentaux sévères ;
- les troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire ;
- l'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé ;
- la dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives licites et illicites ;
- l'absence de prise en charge médicale préalable identifiée ;
- les maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme ;
- les contre-indications à l'anesthésie générale.

Certaines de ces contre-indications peuvent être temporaires. L'indication de la chirurgie doit pouvoir être réévaluée après la prise en charge et la correction de ces contre-indications (accord professionnel).

En cas d'obésité d'origine génétique ou de craniopharyngiome, l'indication doit être exceptionnelle et discutée au cas par cas par l'équipe pluridisciplinaire de chirurgie bariatrique et les praticiens habituellement en charge de ces pathologies (par exemple neurochirurgien) (grade C).

2.2 Quels doivent être les modalités et le contenu de l'évaluation et de la prise en charge préopératoires du patient ?

► **Modalités de la prise en charge préopératoire du patient**

La prise en charge des patients en vue d'une intervention de chirurgie bariatrique doit être réalisée au sein d'équipes pluridisciplinaires, en liaison avec le médecin traitant et éventuellement avec les associations de patients. Ces équipes sont constituées au minimum d'un chirurgien, d'un médecin spécialiste de l'obésité (nutritionniste, endocrinologue ou interniste), d'une diététicienne, d'un psychiatre ou d'un psychologue et d'un anesthésiste-réanimateur. Ces équipes peuvent prendre l'avis d'autres professionnels de santé autant que de besoin (hépato-gastro-entérologue, diabétologue, radiologue, cardiologue, pneumologue, rhumatologue, médecin rééducateur, chirurgien-dentiste, masseur-kinésithérapeute, etc.) (accord professionnel).

Un coordinateur doit être désigné au sein de l'équipe pluridisciplinaire (accord professionnel).

Si les membres de l'équipe pluridisciplinaire appartiennent à des établissements différents, les conditions de leur coopération doivent être précisées dans une charte (accord professionnel).

La prise en charge pluridisciplinaire préopératoire du patient doit s'inscrire dans le cadre d'un projet personnalisé. Elle comporte (figure 1) (accord professionnel) :

- une consultation initiale auprès d'un praticien (médecin ou chirurgien) expérimenté dans la prise en charge chirurgicale de l'obésité, membre de l'équipe pluridisciplinaire. Cette consultation permet d'orienter ou non vers une indication de chirurgie ;
- une information du patient ;

- une évaluation et une prise en charge du patient au plan somatique et psychologique, et un programme personnalisé d'éducation thérapeutique ;
- l'annonce au patient du résultat de la concertation pluridisciplinaire.

Cette prise en charge pluridisciplinaire préopératoire a pour objectifs d'améliorer l'efficacité et la tolérance de la chirurgie des patients opérés, d'aider les patients à prendre leur décision concernant la chirurgie et d'obtenir une meilleure compliance des patients au suivi postopératoire (accord professionnel).

Elle doit permettre de déterminer (accord professionnel):

- les attentes du patient, les risques et contraintes qu'il est capable d'accepter, sa motivation, sa capacité d'adhésion au suivi ;
- le rapport bénéfice/risque de la chirurgie bariatrique chez le patient, l'indication ou la contre-indication de la chirurgie, le type d'intervention ;
- les conditions de suivi du patient.

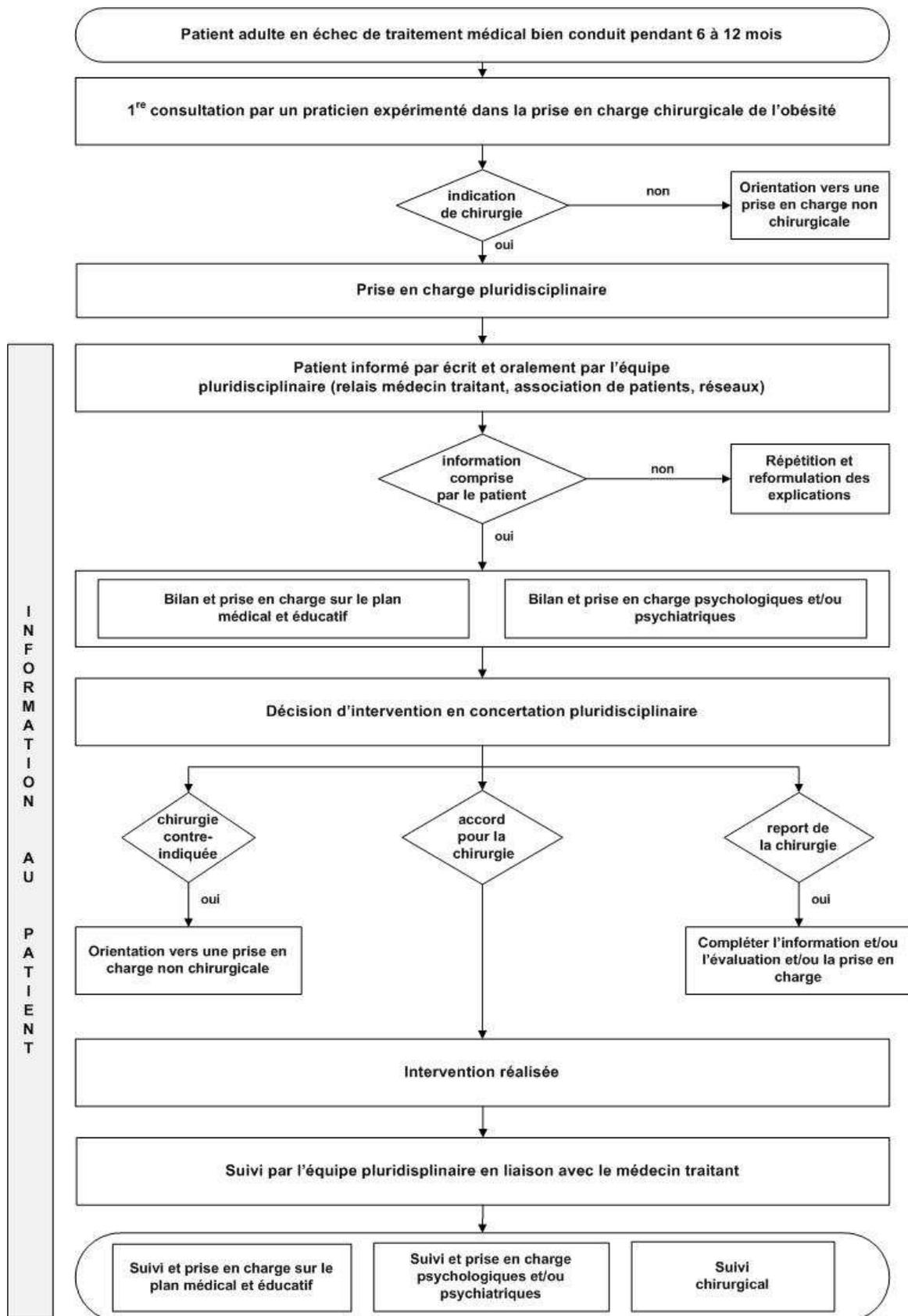
La décision d'intervention doit être prise à l'issue d'une discussion et d'une concertation de l'équipe pluridisciplinaire. Il est recommandé que la concertation ait lieu au cours d'une réunion physique. Néanmoins, en cas d'impossibilité d'une réunion physique (par exemple en cas d'éloignement géographique des intervenants, etc.), d'autres modalités de concertation sont possibles (échanges par téléphone, visioconférence, Internet, etc.). Il est également souhaitable de demander l'avis du médecin traitant du patient.

Dans tous les cas, les conclusions de cette concertation doivent être communiquées au patient, à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire et au médecin traitant ; elles doivent être transcrites dans le dossier du patient (accord professionnel).

Les conclusions de la concertation pluridisciplinaire doivent être formalisées et comporter (accord professionnel) :

- les coordonnées du patient ;
- les coordonnées du coordinateur et du médecin traitant ;
- les noms et spécialités des participants à la concertation ;
- les antécédents médico-chirurgicaux du patient, l'IMC maximal et actualisé, les traitements de l'obésité mis en œuvre auparavant, les risques anesthésiques ;
- la date de consultation initiale ;
- les modalités de l'information sur le bénéfice attendu, les risques de la chirurgie et le caractère impératif du suivi ;
- le résultat de l'évaluation et de la prise en charge préopératoires ;
- les stratégies proposées : stratégie chirurgicale (indication ou non de chirurgie, type d'intervention) et autres prises en charge (nutritionnelle, diététique ou psychologique, reconditionnement à l'activité physique, etc.) ;
- la conformité ou non de la stratégie proposée par rapport aux référentiels utilisés ;
- la date de la décision.

Figure 1. Parcours du patient candidat à la chirurgie bariatrique



► Information du patient

L'information du patient doit porter sur (accord professionnel) :

- les risques de l'obésité ;
- les différents moyens de prise en charge de l'obésité ;
- les différentes techniques chirurgicales :
 - leur principe (explicité au mieux à l'aide de schémas),
 - leurs bénéfices respectifs : estimations sur la perte de poids à court et long terme, absence de données à long terme disponibles pour certaines techniques, bénéfices pour la santé et les comorbidités,
 - leurs risques et inconvénients respectifs : mortalité périopératoire, effets indésirables, complications précoces et tardives, conséquences nutritionnelles, réinterventions, irréversibilité, signes cliniques qui doivent alerter ;
- les limites de la chirurgie (notamment en termes de perte de poids) ;
- les bénéfices et inconvénients de la chirurgie sur la vie quotidienne, les relations sociales et familiales ;
- les bénéfices et les inconvénients de la chirurgie en matière de grossesse et de contraception ;
- la nécessité d'une modification du comportement alimentaire et du mode de vie avant et après l'intervention ;
- la nécessité d'un suivi médical et chirurgical la vie durant, l'obésité étant une maladie chronique et en raison du risque de complications tardives ;
- la nécessité de suivre un programme d'éducation thérapeutique ;
- le soutien possible d'associations de patients ;
- la possibilité de recours à la chirurgie réparatrice et reconstructrice.

Cette information doit être dispensée par les membres de l'équipe pluridisciplinaire, relayés par le médecin traitant, les associations de patients et les réseaux quand ils existent. Elle doit être réalisée sous forme d'entretiens individuels, pouvant être complétés par des réunions collectives. La rencontre avec des patients déjà opérés est recommandée (accord professionnel).

Il est recommandé de fournir au patient une information écrite en plus d'une information orale. Il est nécessaire de s'assurer que le patient a bien compris cette information. L'information initiale doit être réitérée et complétée autant que de besoin avant et après l'intervention (accord professionnel).

► Évaluation et préparation

➤ Évaluation et prise en charge au plan médical et éducatif

Évaluation et prise en charge médicales

Avant chirurgie bariatrique, il est recommandé :

- de réaliser des mesures anthropométriques : IMC, tour de taille (grade B) ;
- de préciser le statut nutritionnel et vitaminique des patients : dosages d'albumine, hémoglobine, ferritine et coefficient de saturation en fer de la transferrine, calcémie, vitamine D, vitamine B1, B9, B12. Des dosages supplémentaires pourront être réalisés en cas de point d'appel clinique ou biologique (grade C). En cas de déficit, ceux-ci devront être corrigés avant l'intervention et des facteurs favorisants recherchés (accord professionnel) ;
- d'évaluer avec le patient le type de comportement alimentaire et l'existence d'un trouble du comportement alimentaire (historique, sévérité du trouble), l'association à des troubles mentaux (dépression, troubles psychotiques, addictions, etc.). Il est

- recommandé d'en tenir compte dans l'indication de la chirurgie mais aussi dans la prise en charge pluridisciplinaire pré et postopératoire (psychothérapie, médicaments, surveillance des complications mécaniques dans le cas de l'anneau, etc.) (grade C).
- d'évaluer et prendre en charge les comorbidités cardio-vasculaires ou métaboliques, notamment HTA, diabète de type 2, dyslipidémie (grade B) ;
 - d'évaluer le risque thrombo-embolique (grade C) ;
 - de rechercher et prendre en charge un syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) selon les recommandations en vigueur, un tabagisme ou d'autres pathologies respiratoires (grade C) ;
 - de réaliser une évaluation hépatique : celle-ci doit comporter au minimum un dosage des transaminases et de la gamma GT pour évoquer une stéatohépatite non alcoolique et déclencher si nécessaire une consultation d'hépto-gastro-entérologie (accord professionnel) ;
 - de réaliser une évaluation gastro-intestinale :
 - avant toute intervention de chirurgie bariatrique, il est recommandé de réaliser une endoscopie œsogastroduodénale afin de dépister et traiter une infection à *Helicobacter pylori* (HP) et de rechercher une autre pathologie digestive associée (ex. : hernie hiatale importante, ulcère, gastrite, etc.) pouvant contre-indiquer certaines procédures ou nécessitant d'être prise en charge avant chirurgie (accord professionnel). Avant chirurgie excluant l'estomac, la réalisation de biopsies systématiques est recommandée à la recherche de lésions préneoplasiques, quelle qu'en soit l'étiologie (infection à HP ou autre) (accord professionnel). La constatation d'une infection à HP nécessite son traitement et le contrôle de son éradication avant chirurgie (accord professionnel),
 - la suspicion clinique ou paraclinique de troubles moteurs de l'œsophage peut faire discuter la réalisation d'une manométrie œsophagienne avant pose d'anneau gastrique (grade C) ;
 - d'évaluer l'état musculo-squelettique et articulaire (accord professionnel) ;
 - d'évaluer le coefficient masticatoire et l'état dentaire (accord professionnel).

Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique

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

Le programme est fondé sur (accord professionnel) :

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

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

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

Au plan diététique, le programme d'éducation thérapeutique doit être adapté à la technique chirurgicale et au patient. Les séances d'éducation thérapeutique devraient être dispensées par l'équipe pluridisciplinaire, au mieux par la diététicienne ou le médecin nutritionniste, avec la participation de patients opérés (intervention dans les séances d'éducation thérapeutique

en complémentarité avec la diététicienne). Les associations de patients peuvent également apporter un soutien individuel au patient (accord professionnel).

Le contenu des séances individuelles ou collectives doit porter notamment sur le choix des aliments, la réalisation d'un équilibre alimentaire sur le jour et la semaine, le choix et la mise en œuvre de techniques culinaires adaptées (ateliers cuisine), des conseils dont certains pourront être mis en pratique lors de repas pris en commun (accord professionnel).

Au plan de l'activité physique, le choix d'une activité adaptée et régulière après l'intervention doit être discuté individuellement avec chaque patient dès la période préopératoire. Le programme d'activité physique proposé doit être progressif et prendre en compte les conditions musculo-squelettiques et cardio-respiratoires du patient, son mode de vie et ses préférences (accord professionnel).

➤ **Évaluation et prise en charge au plan psychologique et psychiatrique**

L'évaluation et la prise en charge psychologique et psychiatrique du patient doivent s'inscrire dans le cadre du projet personnalisé du patient (accord professionnel).

L'évaluation psychologique et psychiatrique préopératoire doit concerner tous les patients candidats à la chirurgie bariatrique. Elle doit permettre (grade C) :

- d'identifier les contre-indications psychiatriques à la chirurgie (troubles mentaux sévères, comportements d'addiction, etc.) ;
- d'évaluer la motivation du patient, sa capacité à mettre en œuvre les changements comportementaux nécessaires et à participer à un programme de suivi postopératoire à long terme ;
- d'évaluer les déterminants et conséquences psychologiques de l'obésité ;
- d'évaluer les connaissances du patient (en matière d'obésité et de chirurgie). Le patient doit avoir les ressources intellectuelles et les connaissances suffisantes pour fournir un consentement éclairé ;
- d'évaluer la qualité de vie ;
- de déterminer les facteurs de stress psychosociaux, la présence et la qualité du soutien sociofamilial ;
- de proposer des prises en charge adaptées avant chirurgie et d'orienter le suivi en postopératoire.

Cette évaluation doit être menée par un psychiatre ou un psychologue, membre de l'équipe pluridisciplinaire. Si une prise en charge psychothérapeutique avant l'intervention est nécessaire, elle peut être réalisée par un psychiatre ou un psychologue non membre de l'équipe pluridisciplinaire mais en concertation avec celle-ci (accord professionnel).

➤ **Conseils en matière de grossesse et contraception**

La chirurgie bariatrique est contre-indiquée chez les femmes enceintes (accord professionnel). Avant d'opérer, il est recommandé de rechercher systématiquement une grossesse chez les femmes en période d'activité génitale, en réalisant un dosage de β -HCG plasmatique dans les 48 heures avant l'intervention (accord professionnel).

Après chirurgie bariatrique :

- avant tout projet de grossesse, une évaluation diététique et nutritionnelle, clinique et biologique, doit être effectuée ou à défaut au tout début de la grossesse (grade C) ;
- en cas de grossesse, notamment après chirurgie malabsorptive, il est recommandé de faire une supplémentation en fer, folates, vitamine B12, vitamine D et calcium

(grade C). La supplémentation en folates, conformément aux recommandations internationales, devra être mise en place dès le désir de grossesse (grade A)² ;

- en cas de grossesse après pose d'anneau, il est recommandé de discuter le desserrage de l'anneau entre l'équipe pluridisciplinaire et l'obstétricien (grade C) ;
- pendant la grossesse et en *post-partum*, il est recommandé de programmer un suivi nutritionnel au sein de l'équipe pluridisciplinaire (accord professionnel).

Une contraception est recommandée dès que la chirurgie bariatrique est programmée puis généralement pendant 12 à 18 mois après l'intervention (grade C). Une étude de faible niveau de preuve (série de cas) suggère une diminution de l'efficacité de la contraception orale après dérivation biliopancréatique. En cas de chirurgie malabsorptive, une autre méthode de contraception (préservatif, stérilet, etc.) doit être discutée (grade C).

2.3 Quels critères doit-on prendre en compte pour le choix des techniques chirurgicales ?

Les techniques chirurgicales recommandées sont (accord professionnel) :

- l'anneau gastrique ajustable (AGA) ;
- la gastrectomie longitudinale (GL) ;
- le bypass gastrique (BPG) ;
- la dérivation biliopancréatique (DBP).

La gastroplastie verticale calibrée (GVC) tend à ne plus être pratiquée.

Le rapport bénéfice/risque des différentes techniques ne permet pas d'affirmer la supériorité d'une technique par rapport à une autre. La perte de poids attendue mais également la complexité de la technique, le risque de complications postopératoires, de retentissement nutritionnel et la mortalité augmentent avec les interventions suivantes : AGA, GVC, GL, BPG, DBP (grade B).

Le choix de la technique chirurgicale doit être fait conjointement par l'équipe pluridisciplinaire et le patient. Il doit prendre en compte un certain nombre de critères en plus du rapport bénéfice/risque de chaque intervention, tels que :

- l'expérience et l'environnement technique du chirurgien et de l'équipe pluridisciplinaire et notamment de l'équipe d'anesthésie (grade B) ;
- l'importance de l'obésité, l'IMC, l'âge (grade B) ;
- les antécédents médicaux et chirurgicaux (grade C) ;
- les pathologies digestives associées (grade C) ;
- la présence d'un diabète de type 2 (accord professionnel) ;
- les traitements en cours (AVK, etc.) (accord professionnel) ;
- les troubles du comportement alimentaire (accord professionnel).

La voie d'abord recommandée est la laparoscopie (grade B).

Chez les sujets à risque opératoire élevé, notamment ceux dont l'IMC est $\geq 60\text{kg/m}^2$, une stratégie en deux temps (procédure restrictive puis procédure malabsorptive) peut se discuter (grade C).

² En 2005, la HAS précisait : « Les femmes enceintes (et celles qui ont un projet de grossesse) doivent être informées que l'acide folique en complément nutritionnel, 28 jours avant la conception et jusqu'à 12 semaines de gestation, réduit le risque de malformation du tube neural (anencéphalie, spina bifida). La dose recommandée est de 400 microgrammes par jour (grade A). La supplémentation systématique en folates pendant la suite de la grossesse n'a pas démontré son intérêt (grade B) » (Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007).

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

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

2.4 Quels doivent être les modalités et le contenu du suivi et de la prise en charge postopératoires du patient ?

► Modalités de suivi et de prise en charge postopératoires

Le suivi et la prise en charge du patient après chirurgie bariatrique doivent s'intégrer dans le cadre du programme personnalisé mis en place dès la phase préopératoire. Il est assuré par l'équipe pluridisciplinaire qui a posé l'indication opératoire, en liaison avec le médecin traitant (accord professionnel).

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

Les patients devraient être vus au moins 4 fois la première année, puis au minimum 1 ou 2 fois par an après. La fréquence des visites devrait être adaptée à la procédure et au patient (accord professionnel).

► Contenu du suivi et de la prise en charge postopératoires

➤ Suivi postopératoire précoce

Une prévention thrombo-embolique par lever précoce, bas de contention et héparine de bas poids moléculaire est recommandée (grade B). L'utilisation périopératoire de matériel de compression veineuse intermittente semble bénéfique (grade C).

En cas de comorbidités cardio-respiratoires, le suivi postopératoire immédiat doit pouvoir être réalisé en unité de surveillance continue (accord professionnel).

La gravité potentielle des complications après chirurgie bariatrique justifie un suivi chirurgical rapproché. Quelle que soit la technique, les principales complications à rechercher sont (études de niveau de preuve 3 et 4) :

- les perforations et les fuites digestives ;
- les complications hémorragiques ;
- les occlusions.

La suspicion d'une complication sur la présence de signes cliniques, notamment tachycardie, dyspnée, douleurs abdominales, confusion ou hyperthermie, en l'absence de signes péritonéaux – défense ou contracture – toujours tardifs, doit conduire à réintervenir précocement. La réalisation des examens paracliniques (TOGD, scanner, etc.) peut aider au diagnostic des complications, mais ne doit pas retarder l'éventuelle réintervention. Dans ce

cas, l'abord laparoscopique a l'intérêt de faire immédiatement le diagnostic et très souvent d'en permettre le traitement (accord professionnel).

L'importance et les modalités de réalimentation postopératoire doivent être expliquées au patient, le non-respect de ces modalités pouvant entraîner des complications chirurgicales graves (accord professionnel).

➤ Suivi à moyen et long terme

Suivi et prise en charge au plan médical et éducatif

Après chirurgie bariatrique, il est recommandé :

- d'évaluer la perte de poids et sa cinétique (grade B) ;
- de surveiller les comorbidités, notamment diabète de type 2, HTA, dyslipidémie, SAHOS, stéatohépatite non alcoolique, et d'adapter leur traitement (grade B) ;
- d'évaluer la qualité de vie du patient (grade C) ;
- de mener une enquête alimentaire et de réitérer les conseils diététiques (accord professionnel) ;
- de rechercher des signes cliniques de dénutrition ou de carence vitaminique, notamment des signes d'atteinte neurologique (grade C) ;
- de réaliser un bilan nutritionnel et vitaminique, orienté par la clinique (cinétique de la perte de poids, vomissements, etc.) et la technique. Celui-ci peut comporter un dosage d'albumine et de préalbumine, d'hémoglobine, de ferritine et coefficient de saturation en fer de la transferrine, de calcémie, de vitamine D, de PTH, de vitamine A, B1, B9, B12, de zinc ou de sélénium (grade C). Les dosages sont recommandés 3 et 6 mois après l'intervention, puis au moins annuellement (accord professionnel) ;
- d'adapter les posologies des traitements en cours : la chirurgie malabsorptive peut entraîner une malabsorption de divers médicaments et nécessite l'adaptation de leur posologie (par exemple les AVK, les hormones thyroïdiennes, les antiépileptiques, etc.) (accord professionnel).

En termes de supplémentation, il est recommandé de :

- recourir à une supplémentation systématique après chirurgie malabsorptive dont la durée ne peut être précisée (à vie par défaut) : multivitamines, calcium, vitamine D, fer et vitamine B12 (grade C). Après chirurgie restrictive, la supplémentation doit se discuter en fonction du bilan clinique et biologique (accord professionnel) ;
- renforcer la supplémentation en cas de situation particulière (B1 si vomissements ou complication chirurgicale avec nutrition parentérale ou amaigrissement rapide, B9 si grossesse, fer si femme réglée ou grossesse, etc.), en recourant si nécessaire aux formes parentérales (grade C) ;
- prévenir les patients des risques auxquels ils sont exposés en cas de carence, des risques encourus en l'absence de prise des suppléments et des signes d'alarme faisant suspecter une carence grave, par exemple : signes neurologiques (survenue de paresthésies, etc.), perte de poids très rapide, fatigue intense, troubles sensoriels (baisse d'acuité visuelle, etc.) (grade C).

L'hydratation et l'apport protidique par l'alimentation doivent être suffisants et réguliers (accord professionnel).

Le suivi éducatif établi en préopératoire doit être poursuivi afin de s'assurer de la mise en place et du maintien des compétences acquises par le patient au plan de la diététique et de l'activité physique, et de faire le bilan de la manière dont il s'adapte à sa situation (accord professionnel).

Après chirurgie malabsorptive, en prévention de la lithiase biliaire et en l'absence de cholécystectomie, la prescription d'acide ursodesoxycholique à la dose de 600 mg/j pendant 6 mois peut être proposée (hors AMM) (grade B).

Il est recommandé de donner au patient une carte ou un livret donnant des informations sur l'intervention réalisée et sur les suppléments prescrits (accord professionnel).

Suivi et prise en charge au plan psychologique et psychiatrique

Le suivi psychologique et psychiatrique du patient après chirurgie bariatrique est recommandé pour les patients qui présentaient des troubles du comportement alimentaire ou des pathologies psychiatriques en préopératoire. Pour les autres patients, ce suivi peut être proposé au patient au cas par cas (grade C).

Le suivi psychologique et psychiatrique postopératoire a pour objectifs (accord professionnel) :

- d'évaluer le retentissement psychologique, social et familial de l'intervention et de la perte de poids ;
- d'identifier d'éventuelles difficultés à mettre en œuvre les changements comportementaux nécessaires et d'aider le patient à surmonter ces difficultés ;
- d'accompagner le patient dans les réaménagements psychiques liés à la chirurgie et à la perte de poids (modification de l'image du corps, etc.) et si besoin, proposer une prise en charge adaptée.

Il doit être assuré par un psychiatre ou un psychologue, membre ou non de l'équipe pluridisciplinaire. S'il n'en fait pas partie, il doit travailler en concertation avec le psychiatre ou le psychologue de l'équipe pluridisciplinaire (accord professionnel).

Suivi et prise en charge au plan chirurgical

Le suivi chirurgical est recommandé après tout type de chirurgie bariatrique pour dépister les complications qui peuvent survenir tardivement. Douleur, vomissements, dysphagie sont les signes d'alarme devant conduire le patient à consulter le chirurgien de l'équipe pluridisciplinaire (grade C).

Après pose d'un anneau gastrique ajustable, il est recommandé que son calibrage soit (accord professionnel) :

- adapté à la perte pondérale, à la tolérance et au comportement alimentaires du patient ;
- réalisé par un praticien expérimenté en chirurgie bariatrique ;
- contrôlé radiologiquement afin de vérifier son ajustement et de dépister des complications (dilatation de poche, dilatation œsophagienne, malposition de l'anneau, etc.).

Recours à la chirurgie réparatrice

Il est recommandé que les patients soient informés du recours possible à la chirurgie réparatrice. Celle-ci peut être réalisée au plus tôt 12 à 18 mois après chirurgie bariatrique, en l'absence de dénutrition (accord professionnel).

Il est recommandé que l'équipe de chirurgie réparatrice soit expérimentée dans la prise en charge de patients obèses. L'indication doit être discutée avec le patient, l'équipe de chirurgie réparatrice et l'équipe pluridisciplinaire de chirurgie bariatrique (accord professionnel).

3. Stratégies de prise en charge des patients atteints d'obésité dans le cadre d'une réintervention chirurgicale

Ces recommandations sont toutes fondées sur un accord professionnel.

La réalisation d'une seconde procédure de chirurgie bariatrique restrictive ou malabsorptive est indiquée en cas d'échec de la chirurgie bariatrique ou de dysfonctionnement du montage chirurgical. Dans ces cas, l'IMC à prendre en compte est l'IMC maximal documenté. Un IMC inférieur à 35 kg/m² ne contre-indique pas la réintervention. L'échec peut être défini par une perte de poids jugée insuffisante par le patient et l'équipe soignante à long terme en fonction du contexte somatique et psychologique.

La prise en charge des patients en vue d'une seconde procédure de chirurgie bariatrique doit être réalisée au sein d'équipes pluridisciplinaires comme il est recommandé lors d'une intervention initiale.

L'indication d'une seconde intervention de chirurgie bariatrique doit être posée après une évaluation et une prise en charge préopératoires comparables à celles réalisées avant une intervention initiale. Il est en particulier nécessaire d'identifier la cause de l'échec et de proposer une prise en charge adaptée. Les connaissances des patients doivent être réévaluées et une information complémentaire concernant les risques des réinterventions doit être délivrée au patient.

En cas d'échec ou de dysfonctionnement du montage chirurgical, la décision de réintervention doit être prise à l'issue d'une discussion et d'une concertation pluridisciplinaires. Les conclusions de cette concertation doivent :

- être communiquées au patient, à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire et au médecin traitant ;
- être transcrites dans le dossier du patient ;
- notamment préciser le type de l'intervention initiale, la cause de la réintervention, l'adhésion au suivi postopératoire, le type de procédure, etc.

Le choix de la technique chirurgicale doit être fait conjointement par l'équipe pluridisciplinaire et le patient. Il doit prendre en compte :

- le suivi du patient ;
- la courbe pondérale ;
- le type de l'intervention initiale ;
- la cause de la réintervention ;
- le rapport bénéfice/risque de chaque réintervention ;
- les antécédents médicaux et chirurgicaux ;
- les comorbidités ;
- l'état nutritionnel ;
- les troubles du comportement alimentaire ;
- les constatations peropératoires.

Il est recommandé que la réalisation d'une seconde procédure de chirurgie bariatrique restrictive ou malabsorptive soit réalisée par une équipe chirurgicale expérimentée dans la réalisation des deux types de procédures, le risque des réinterventions étant plus élevé que celui des interventions initiales.

4. Enregistrement des interventions de chirurgie bariatrique dans un registre national

Il est recommandé que toutes les interventions de chirurgie bariatrique réalisées en France soient enregistrées dans un registre national dont les objectifs sont :

- d'évaluer l'impact des recommandations sur la pratique et leur appropriation par les professionnels ;
- de connaître les données d'efficacité et de sécurité à court et long terme des équipes médico-chirurgicales françaises, en dehors des grands essais thérapeutiques ;
- de suivre l'évolution des techniques.

Dans ce cadre, la Soffco a mis en place en 2007 un registre national des interventions de chirurgie bariatrique dont le contenu a été validé par la HAS.

Ce registre concerne tous les types d'interventions et recueille des données sur les différentes étapes de la prise en charge des patients dans le cadre de la chirurgie :

- préopératoire : bilan de l'obésité, comorbidités et antécédents ;
- opératoire : type d'intervention, durée, suites ;
- postopératoire : efficacité (pourcentage de perte d'excès de poids, amélioration des comorbidités, qualité de vie (score BAROS)) et sécurité (analyse des complications spécifiques et générales, à court et long terme).

Limites des recommandations et perspectives

Limites des recommandations

Ces recommandations se sont attachées à définir la prise en charge des patients adultes candidats à une intervention de chirurgie bariatrique. Il serait nécessaire de réévaluer la place de la chirurgie bariatrique et les conditions de sa réalisation chez l'adolescent. En 2003, les données de la littérature étaient pauvres et l'Anaes n'avait pas recommandé la chirurgie bariatrique dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant. Depuis 2003, plusieurs équipes ont publié des résultats concernant la chirurgie bariatrique chez l'adolescent.

Il n'a pas été fait dans ce rapport sur la chirurgie bariatrique de l'adulte de recommandations sur :

- la prise en charge périopératoire des patients (notamment anesthésie, ventilation, antibioprophyllaxie, prise en charge de la douleur postopératoire, réalimentation). Il serait souhaitable d'élaborer des recommandations sur la prise en charge périopératoire des patients obèses dans le cadre d'une chirurgie abdominale (y compris chirurgie bariatrique) ;
- la prise en charge diététique dans le cadre de la chirurgie bariatrique, notamment concernant la réalimentation postopératoire ;
- l'environnement technique nécessaire et l'organisation des centres de chirurgie bariatrique. Ces questions sont abordées dans le cadre du plan national nutrition Santé.

Autres développements

Prise en charge par l'Assurance maladie de certains actes ou produits de santé

Plusieurs actes ou produits de santé entrant dans le cadre de la prise en charge chirurgicale de l'obésité recommandée ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie. C'est par exemple le cas :

- de certains suppléments vitaminiques après l'intervention dont le coût est estimé entre 9 et 25 euros par mois ;
- des suppléments protidiques ;
- des consultations de psychologie et de diététique ;
- de certains actes de biologie (par exemple dosage de la vitamine B1) ;
- de certains actes de chirurgie réparatrice (comme par exemple la mammoplastie).

Il n'y a pas de valorisation des séances d'éducation thérapeutique.

Par ailleurs, en dehors des actes de changement, repositionnement ou ablation d'anneau, aucun acte spécifique de réintervention n'est décrit à la CCAM alors que les réinterventions sont jugées techniquement plus difficiles à réaliser que les interventions initiales et nécessitent de ce fait une plus grande expérience. Les principaux libellés de réinterventions sont les suivants :

- conversion d'un anneau en *sleeve gastrectomy* ;
- conversion d'un anneau en *bypass gastrique* ;
- conversion d'un anneau en dérivation biliopancréatique ;
- réintervention pour correction de chirurgie malabsorptive (raccourcissement ou allongement de l'anse commune) ;
- rétablissement de la continuité digestive normale après échec de chirurgie malabsorptive.

De même, certains actes de révision ne sont pas inscrits à la CCAM (révision de *sleeve gastrectomy*, de *bypass gastrique* ou de dérivation biliopancréatique).

Enfin, il est rappelé que la gastrectomie longitudinale est en cours d'inscription à la classification commune des actes médicaux. Pour mémoire, la HAS a rendu en février 2008

un avis favorable à son inscription à la liste des actes remboursables par l'Assurance maladie.

Renforcement de la formation des personnels médicaux et paramédicaux sur la prise en charge de l'obésité

Lors de l'élaboration de ces recommandations, l'accent a été mis par les membres du groupe de travail sur le manque de professionnels de santé, médicaux et paramédicaux (psychologues, diététiciens, masseurs-kinésithérapeutes, autres métiers de l'activité physique), disposant de compétences spécifiques pour prendre en charge les patients obèses.

Actualisation des recommandations et travaux complémentaires

Il serait souhaitable de réactualiser ces recommandations dans 5 ans au regard de l'évolution des techniques et des nouvelles données disponibles.

L'analyse de la littérature a souligné l'insuffisance des données (faible niveau de preuve, effectif faible, suivi insuffisant) concernant :

- le rapport bénéfice/risque de la chirurgie bariatrique en cas d'IMC entre 30 et 35 kg/m². Ces recommandations ont réservé la chirurgie bariatrique aux patients adultes avec un IMC ≥ 40 kg/m² ou ≥ 35 kg/m² avec comorbidités. Or, l'évaluation faite dans ce rapport a montré que de plus en plus d'équipes proposaient la chirurgie bariatrique chez des patients avec un IMC entre 30 et 35 kg/m² présentant des comorbidités sévères, notamment un diabète de type 2. Les données sont prometteuses mais encore insuffisantes pour recommander la chirurgie dans cette indication ;
- l'efficacité et la sécurité à plus long terme de la gastrectomie longitudinale (peu ou pas de résultats à 2 ans de suivi) ;
- les réinterventions : les données disponibles peu nombreuses et de suivi insuffisant ne permettent pas de définir une stratégie de réinterventions ;
- les apports nécessaires en nutriments et vitamines pour prévenir et traiter les carences ;
- l'impact de TCA préexistants sur les résultats de la chirurgie et l'évolution des TCA après chirurgie.

À partir des recommandations, la HAS est en cours d'élaboration de plusieurs documents sur la chirurgie de l'obésité :

- document d'information destiné au patient ;
- document d'information destiné aux médecins traitants ;
- critères de qualité en vue de l'évaluation et de l'amélioration des pratiques professionnelles.

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

Choix du thème de travail

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

Comité d'organisation

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Ce comité définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les professionnels concernés. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

Rédaction de la première version des recommandations

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de cet argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail (habituellement deux réunions). Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture.

Groupe de lecture

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs du comité de validation des recommandations de bonne pratique professionnelle au sein de la HAS.

Version finale des recommandations

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par le comité de validation des recommandations de bonne pratique professionnelle. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. Le comité rend son avis au Collège de la HAS.

Validation par le Collège de la HAS

Sur proposition du comité de validation des recommandations de bonne pratique professionnelle, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

Diffusion

La HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

Travail interne à la HAS

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

Gradation des recommandations

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS.

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans ce texte, les recommandations non gradées sont celles qui sont fondées sur un accord professionnel. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide publié par l'Anaes en 1999 : « Les recommandations pour la pratique clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

Participants

Sociétés savantes et associations professionnelles

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques
- Association de recherche en soins infirmiers
- Association des diététiciens de langue française
- Association française d'études et de recherches sur l'obésité
- Collège national des généralistes enseignants
- Fédération de chirurgie viscérale et digestive
- Fédération d'hépto-gastro-entérologie et de nutrition clinique
- Fédération des spécialistes des maladies de l'appareil digestif
- Fédération française de psychiatrie
- Fédération française des psychologues et de psychologie
- Fédération nationale des associations médicales de nutrition
- Société de formation thérapeutique du généraliste
- Société française d'anesthésie-réanimation
- Société française de documentation et de recherche en médecine générale
- Société française de kinésithérapie
- Société française de médecine générale
- Société française de psychologie
- Société française et francophone de chirurgie de l'obésité
- Société française de nutrition

Associations d'usagers

Les associations d'usagers suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- Allegro fortissimo
- Collectif national des associations d'obèses
- Pulpe club

Comité d'organisation

Mme Sylvie Benkemoun, psychologue
clinicienne, représentante d'association
d'usagers, Paris

Mme Marie Citrini, représentante d'association
d'usagers, Paris

Pr Gilles Fourtanier, chirurgien, Toulouse,

Mme Sophie Gougis, diététicienne, Paris

Pr Bertrand Millat, chirurgien, Montpellier

Dr Philippe Mognol, chirurgien, Paris

Dr Bertrand Napoléon, hépto-gastro-
entérologue, Lyon

Pr Monique Romon-Rousseaux, nutritionniste,
Lille

Mme Bernadette Wolf, psychologue,
Vandœuvre-lès-Nancy

Pr Jean-Marie Zimmermann, chirurgien,
Marseille

Groupe de travail

Mme Michèle Allain, représentante d'association d'usagers – cadre de santé, Clamart
Dr Salomon Benchetrit, chirurgien, Lyon
Mme Christine Briendo, infirmière, Nantes
Pr Jean-Marc Chevallier, chirurgien, Paris
Dr Cécile Ciangura, endocrinologue-nutritionniste, chargée de projet, Paris
Dr Hubert Claudez, hépato-gastro-entérologue, Draguignan
Mme Emmanuelle Di Valentin, diététicienne, Paris
Dr Guillaume Ducarme, gynécologue-obstétricien, Paris
Pr Anne Dutour-Meyer, endocrinologue-nutritionniste, Marseille
Pr Gilles Fourtanier, chirurgien, président du groupe de travail, Toulouse
Mme Viviane Gacquièr, représentante d'association d'usagers, Paris

Dr Marlène Galantier, nutritionniste, Ivry-Sur-Seine
Mme Anne-Sophie Joly, représentante d'association d'usagers, Paris
Dr Laurent Jouffroy, anesthésiste-réanimateur, Strasbourg
Dr Marc Longuet, psychiatre, Saint-Nazaire
Dr Éric Magne, chirurgien, Bordeaux
Mlle Marie-Claire Michel, psychologue, Paris
Pr François Mion, hépato-gastro-entérologue, Lyon
Pr Jean Mouiel, professeur de chirurgie, Nice
Dr David Nocca, chirurgien, chargé de projet, Montpellier
Pr François Pattou, chirurgien, Lille
M. Patrick Prévost, masseur-kinésithérapeute, Courbevoie
Dr Brigitte Rochereau, médecin généraliste-nutritionniste, Antony
Dr Philippe Topart, chirurgien, Angers

Groupe de lecture

Dr Yves Anduze-Acher, chirurgien digestif, Toulouse
Dr Corinne Bacchetta, nutritionniste, Champigny-sur-Marne
Pr Arnaud Basdevant, endocrinologue-nutritionniste, Paris
Dr Sylvain Beorchia, hépato-gastro-entérologue, Lyon
Dr Jean-Claude Bertrand, chirurgien viscéral, Saint-Laurent-du-Var
Dr Philippe Bohon, gastro-entérologue, Fourmie
Pr Jean-Luc Bouillot, chirurgien, Paris
Dr Benjamin Castel, chirurgien digestif, Colombes
Dr Jean-Marc Catheline, chirurgien digestif, Bobigny
Dr Véronique Chaillou-Péroua, médecin généraliste, Mérignac
Mme Fabienne Chaix, diététicienne, Marseille
Dr Gérard Champault, chirurgien digestif, Bondy
Mlle Céline Coelho, diététicienne, Paris
Mlle Doriane Cotel, diététicienne, Paris
Dr Jérôme Dargent, chirurgien général, Rillieux-la-Pape
Dr Wioletta De Charry, psychiatre, Poissy

Mme Hélène Degouet-Lebrun, représentante associative, Saint-Lô
Mme Virginie Delmotte, cadre de santé en rééducation, Berck-sur-Mer
Dr Julie Émeriaud, psychiatre, Angers
Pr Jean-Michel Fabre, chirurgien digestif, Montpellier
Dr Isabelle Gaubil-Kalajian, nutritionniste, Marseille
Mme Édith Gierkowski, infirmière, Nice
Dr Philippe Grandual, hépato-gastro-entérologue, Toulon
Mme Catherine Grangeard, psychanalyste-psychologue, Beynes
Pr Jean Gugenheim, chirurgien digestif, Nice
Dr Noël Hutten, chirurgien digestif et endocrinologue, Tours
Dr Daniel Krawczykowski, chirurgien, Châlons-en-Champagne
Dr Annie Lacuisse-Chabot, endocrinologue-nutritionniste, Paris
Pr Martine Laville, nutritionniste, Lyon
Pr Gilles Lebuffe, anesthésiste-réanimateur, Lille
Dr Gilles Lecocq, psychologue, Corneilles-en-Parisis
Dr Olivier Lehembre, psychiatre, Valenciennes

Dr Véronique Liagre-Duteil, médecin généraliste-nutritionniste, Rochefort
Pr Patrice Lointier, chirurgien digestif, Clermont-Ferrand
Dr Jean-François Lopez, chirurgien viscéral, La Rochelle
Mlle Audrey Malglaive, psychologue, Essy-lès-Nancy
M. Pascal Mériel, masseur-kinésithérapeute, Saint-Cloud
Pr Simon Msika, chirurgien digestif, Colombes
Dr Patrick Noël, chirurgien, Aubagne
Dr Claude Polliand, chirurgien digestif, Bondy
Dr Jean-Paul Pousset, chirurgien viscéral, Saint-Nazaire
Dr Philippe Raffaitin, chirurgien digestif, Saint-Nazaire
Dr Jocelyne Raison, médecin interne-nutritionniste, Fleury-Mérogis

Pr Patrick Ritz, nutritionniste, Toulouse
Mme Françoise Roux, psychologue, Ceyreste
Dr Frédéric Sanguignol, nutritionniste, Bondigoux (Villemur-sur-Tarn)
M. Renaud Savin, patient, Le Cannet
Mme Pascale Savin, diététicienne, Angers
Dr Maxime Sodji, chirurgien digestif, Limoges
Pr Pierre Verhaeghe, professeur de chirurgie générale, Amiens
Dr Hélène Verkindt, nutritionniste, La Madeleine
Mme Stéphanie Vidal, cadre de santé-diététicienne, Bordeaux
Dr Michel Vix, chirurgien digestif et endocrinologue, Strasbourg
Pr Olivier Ziegler, nutritionniste, Nancy

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des membres cités ci-dessus ainsi que les personnes dont les noms suivent, pour leur implication particulière dans ce projet :

Mme Emmanuelle Blondet, documentaliste, assistée de Mme Sylvie Lascols, service documentation, HAS

Pr François Mion, hépato-gastro-entérologue, Lyon

Mme Anne-Françoise Pauchet-Traversat, chef de projet, HAS, Saint-Denis

Dr Pascal Potier, chef de projet, HAS, Saint-Denis

Fiche descriptive

TITRE	Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Date de mise en ligne	Avril 2009
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Objectif(s)	Améliorer l'efficacité à long terme de la chirurgie et réduire la survenue des complications par : - une meilleure sélection, information et préparation des patients ; - le choix de la technique apportant le meilleur rapport bénéfice/risque chez les patients sélectionnés ; - une meilleure formalisation de la constitution et du rôle de l'équipe pluridisciplinaire. Réduire la gravité des complications par leur détection et leur prise en charge précoce.
Professionnel(s) concerné(s)	Chirurgiens, endocrinologues-diabétologues, nutritionnistes, diététiciens, psychologues et psychiatres, médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes et éducateurs médico-sportifs, gastro-entérologues, anesthésistes-réanimateurs, radiologues, gynécologues-obstétriciens
Demandeur	Ministère de la Santé, Société française et francophone de chirurgie de l'obésité
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Valérie Lindecker-Cournil, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Patrice Dosquet) Secrétariat : Mme Laetitia Cavalière Recherche documentaire : Mme Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Mme Sylvie Lascols (chef du service de documentation : Mme Frédérique Pagès)
Participants	Sociétés savantes, comité d'organisation, groupe de travail, groupe de lecture : cf. liste des participants. Les participants au comité d'organisation et au groupe de travail ont communiqué leur déclaration d'intérêts à la HAS
Recherche documentaire	De janvier 2002 à décembre 2008 (cf. stratégie de recherche documentaire dans l'argumentaire)
Auteurs de l'argumentaire	Dr Cécile Ciangura, endocrinologue-nutritionniste, Paris Dr David Nocca, chirurgien digestif, Montpellier Dr Valérie Lindecker-Cournil, HAS
Validation	Avis du comité de validation des recommandations en décembre 2008 Validation par le Collège de la HAS en janvier 2009
Autres formats	Synthèse des recommandations et argumentaire scientifique, téléchargeables sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	Rapport d'évaluation technologique « Gastrectomie longitudinale [Sleeve gastrectomy] pour obésité », HAS, février 2008