

Proposition CNPQ - 2022/SECM/002

Fixation d'un intervalle minimal entre la première consultation du patient avec le chirurgien bariatrique et la procédure bariatrique proprement dite



Notification générale:

Le Comité de l'assurance soins de santé et le Conseil général de l'INAMI, ainsi que le gouvernement ont choisi de développer une méthode d'intégration des objectifs de soins de santé dans les choix de développement de l'assurance maladie, en combinaison avec un cadre budgétaire pluriannuel dynamique et focalisée sur l'appropriate care – le bon soin à la bonne place au bon moment. L'implémentation des indicateurs reste un des leviers pour y parvenir, avec l'objectif de générer des gains d'efficacité par la réduction de l'inappropriate care. Les moyens ainsi libérés seront réinvestis dans la politique de santé. Cet exercice ne consiste pas en une opération d'économies. Les indicateurs ne sont pas absolus, des exceptions motivées restent possibles. Dans ce sens, un indicateur est un seuil de justification.

1

PROBLÉMATIQUE

- Dans le rapport KCE concernant l'efficacité, la sécurité et le coût-efficacité de la chirurgie de l'obésité (*rapport KCE 316B, 2019*) il a été démontré que la chirurgie est plus efficace que le traitement conservateur dans les cas d'obésité morbide et d'obésité grave combinée avec d'autres affections. 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 (p.ex. 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 (*extrait page 8 rapport – KCE 329Bs-2020*).
- La proposition 8 du rapport KCE 329Bs de 2020 stipule:
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. Combiné avec des indicateurs liés à la phase postopératoire (p.ex. taux de présence au 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 (*extrait page 28 rapport KCE 329Bs – 2020*).
- La période d'au moins 3 mois entre la première consultation n'est pas clairement définie. Il y a une incertitude quant au type de consultation qui est envisagé (médecin? psychologue? diététicien? chirurgien?...), rendant difficile le suivi et le contrôle.
- Cette proposition prévoit la fixation légale d'une période minimale 3 à 4 mois entre la première consultation du patient avec le chirurgien bariatrique et le moment de la procédure bariatrique proprement dite. Cela uniformise le suivi où un premier contact avec le chirurgien largement préalable à l'intervention à planifier étant considéré comme essentiel.



- **Chiffres**

- Une analyse des données a été effectuée dans laquelle la corrélation entre la date de la facturation de la procédure bariatrique effective et l'heure de facturation d'une consultation préalable par un chirurgien bariatrique a été effectuée.
Il a été tenu compte de la possibilité que le chirurgien effectuant la consultation ne soit pas nécessairement le chirurgien instrumentiste, ce qui est le cas dans un certain nombre de centres bariatriques. Les codes de nomenclature pertinents se trouvent à l'annexe 1.
- L'analyse s'est focalisée sur une période entre la consultation et la chirurgie allant de moins de 3 mois, de 3 à 4 mois, de 5 à 6 mois et de plus de 6 mois. Pour un certain nombre de patients, il n'y a pas eu de consultation préalable avec un chirurgien bariatrique.
- L'analyse a été réalisée par hôpital, et par chirurgien au sein de l'hôpital (*analyse anonymisée à l'annexe 2*).
- Une grande variabilité a été observée.

Période intervalle	Fourchette moyenne
Pas de consultation préalable	4,3 %
Moins de 3 mois	31,7 0%
de 3 à 4 mois	16,3 %
de 5 à 6 mois	22,7 %
Plus de 6 mois	25 %

- **Littérature/information scientifique**

- En France, la Haute autorité de la santé propose une phase préopératoire d'une durée minimale de 6 mois (*annexe 3*).
- En Suisse, les lignes directrices de la «Swiss Society for the Study of Morbid Obesity's» sont représentées par «l'Office fédéral de la santé publique et prévoient un intervalle minimum de 3 mois (*annexe 4*).

- **Contact avec les associations scientifiques et professionnelles/analyse de terrain**

- Etant donné que les associations scientifiques et professionnelles ont été directement impliquées dans la préparation des rapports du KCE qui ont abouti à des recommandations concrètes, on peut logiquement supposer qu'ils ont soutenu l'indicateur proposé.
- Selon BeSOMS (Belgian Society of Obesity and Metabolic Surgery) un délai de plus de 3 mois est un peu trop long.

- **Autre**

- Le rapport d'Audit "Proof of Concept" – Chirurgie bariatrique – trajet de soins et données concernant les séjours hospitaliers de la cellule audit des hôpitaux du SECM apporte des données complémentaires (*annexe 5*).



SITUATION

Objectifs de soins de santé (GDOS)

- Soins préventifs et maladies chroniques
- Accessibilité
- Trajet de soins
- Santé mentale
- Soins intégrés

Relation Quintuple Aim (5AIM)

- Qualité des soins, telle que vécue par la personne ayant besoin de soins et d'assistance
- Santé de la population
- Rapport coût-efficacité, c'est-à-dire le rapport entre les ressources déployées et les valeurs réalisées
- Équité dans la société, en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas seulement financière) et en incluant différentes formes de diversité
- Bien-être des professionnels de santé

Relation accord de gouvernement

- Cette proposition s'inscrit dans le principe de responsabilisation dans les soins de santé (des soins justifiés et responsables) repris dans l'accord du gouvernement.

Dispensateurs de soins concernés

Dispensateur de soins	Chirurgiens généraux – code qualification 140 et 149
Nombre de dispensateurs de soins	1802 (1701/140 – 101/149)
% de dispensateurs de soins qui facturent la prestation concernée	22.75% (410 prestataires de soins)

Aspect financier

- L'instauration d'un délai minimal préopératoire pendant lequel une consultation par un chirurgien bariatrique devrait avoir lieu pourrait potentiellement conduire certains patients à renoncer à la chirurgie ce qui théoriquement pourrait donner un nombre moindre de chirurgies cependant les gains d'efficacité associés pourraient peut-être être consacrés à des dépenses supplémentaires pour les diététiciens, les psychologues et les autres prestataires de santé (soins transversaux).
En même temps, les interventions seront peut-être reportées un peu plus longtemps afin d'assurer une bonne préparation maximale à l'intervention afin d'améliorer le bien-être du patient.
La nomenclature prévoit déjà à l'heure actuelle un régime obligatoire pendant un an au préalable de l'intervention chirurgicale, ce qui laisse au patient assez de temps pour planifier une consultation chez le chirurgien.
- Cette proposition ne vise donc pas à réaliser d'éventuelles économies mais plutôt à optimiser la qualité des soins (= *premier principe 5AIM*).



PROPOSITION D'INDICATEUR

Proposition

“Une période minimale de 3 mois calendrier complet entre la première consultation du patient avec le chirurgien bariatrique et l'intervention bariatrique en elle-même est fixée légalement pour tous les patients. Les 3 mois calendrier complet débutent à partir du premier jour de mois calendrier qui suit à la date de la consultation. En cas d'urgence médicale, il peut y être dérogé en motivant la demande.»

(projet de publication au moniteur belge en annexe 6)

Autres remarques

- Pendant la mise en oeuvre pratique de l'indicateur la crainte subsistait concernant la période stricte des 3 mois en raison d'une formulation vague. La période doit être bien définie pour éviter au patient et au chirurgien un calcul compliqué. L'indicateur est donc adapté à 3 mois calendrier complet entre la consultation et l'intervention. En pratique la période d'intervalle se situera entre 3 et 4 mois en fonction de la date de la consultation, ce qui est très clair pour le prestataire et le patient. Cette proposition tient compte avec les remarques de BeSOMS.

En collaboration avec

KCE et CEBAM *(voir annexe 7)*

PERSONNE DE CONTACT

- Organisation : SECM -INAMI
- E-Mail : secr.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be

RÉFÉRENCES

1. Nomenclature
2. Analyse de données
3. Publication “Haute autorité de santé »
4. Lignes directrices « Swiss Society for the Study of Morbid Obesity's”
5. Rapport d'Audit “Proof of Concept” – Chirurgie Bariatrique – Audit des hôpitaux SECM
6. Projet de publication au moniteur belge
7. Confirmation de la souscription de l'indicateur par KCE et CEBAM

ANNEXES

1. [Bariatric surgery: an HTA report on the efficacy, safety and cost-effectiveness | KCE \(fgov.be\)](#)
2. [Bariatric surgery in Belgium: organisation and payment of care before and after surgery | KCE \(fgov.be\)](#)



Proposition CNPQ - 2022/SECM/002

Fixation d'un intervalle minimal entre la première consultation du patient avec le chirurgien bariatrique et la procédure bariatrique proprement dite



⇒ ANNEXES

- 1. Nomenclature**
- 2. Analyses de données**
- 3. Publication 'Haute autorité de la santé'**
- 4. Lignes directives de la 'Swiss Society for the Study of Morbid Obesity's'**
- 5. Rapport de l'audit "Proof of concept" – Chirurgie bariatrique**
- 6. Projet de publication au moniteur belge**
- 7. Bevestiging onderschrijving indicator door CEBAM en KCE**

ANNEXE 1: NOMENCLATURE

CHIRURGIE ABDOMINALE - Article 14d

241776 241780

Gastroplastie de réduction (Mason, Sleeve)

N 400 (= 480,24 € in 2022)

241813 241824

Gastroplastie de réduction par placement d'un anneau gastrique adaptable ("gastric banding")

N 400 (= 504,25 € in 2022)

241835 241846

Gastroplastie de réduction associée à une dérivation bilio-pancréatique ou gastro-jéjunale (Scopinaro, bypass gastrique, switch duodenal)

N 650 (= 975,48 € in 2022)

Ces prestations ne sont remboursables qu'aux conditions suivantes :

1° au moment de l'indication chirurgicale BMI \geq 40 ou BMI \geq 35 en combinaison avec au moins un des critères suivants :

a) diabète traité par médicaments;

b) hypertension résistant au traitement définie comme une pression sanguine $>140/90$ mmHg, malgré un traitement pendant 1 an au moyen d'une prise simultanée de 3 antihypertenseurs;

c) syndrome d'apnée du sommeil objectivé au moyen d'un examen polysomnographique réalisé dans un centre ayant conclu une convention comme stipulé à l'article 22, 6° et 23, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités du 14 juillet 1994, en ce qui concerne le diagnostic et le traitement du syndrome d'apnée obstructive du sommeil;

d) réintervention après complication ou résultat insuffisant d'une intervention bariatrique précédente;

2° à partir de 18 ans

3° avoir suivi pendant au moins un an un traitement par un régime documenté sans obtenir de résultat stable;

4° après une concertation bariatrique multidisciplinaire effectuée au préalable à laquelle participent conjointement et au moins outre le médecin spécialiste en chirurgie, un médecin spécialiste en médecine interne, et un médecin spécialiste en psychiatrie, ou un psychologue clinique. Le rapport de cette concertation explicitant l'indication opératoire doit être signé par les trois participants des disciplines précitées. Le rapport de la concertation ainsi que les données relatives au traitement par régime se retrouvent dans le dossier médical ;

5° le médecin traitant transmet un formulaire standard de notification par courrier personnel au médecin-conseil de l'organisme assureur. Les modalités de ce formulaire de notification sont fixées par le Comité de l'assurance. L'intervention de l'assurance pour les prestations relatives au traitement de l'obésité est due uniquement si le médecin-conseil de l'organisme assureur est en possession d'une notification valide ;

6° un registre de l'ensemble des interventions bariatriques est tenu par l'hôpital. Les modalités de cet enregistrement sont fixées par le Comité de l'assurance..

Voor de bariatrische heelkunde werd gebruik gemaakt van zowel documenten SHA als Doc P. Alle ingrepen in 2019 werden opgenomen in de analyse met uitzondering van heringrepen, zij het binnen 2019 of bij patiënten voor wie al een ingreep werd terugvonden in 2018, maar dit zijn alles samen maar een paar tientallen gevallen.

Voor de betrokken patiënten zijn in Doc P alle raadplegingen vanaf 1 januari 2018 door bevoegdheidscodes 140, 149, en ook 014 opgezocht. Er zijn dus altijd minstens 12 maanden beschikbaar voorafgaand aan de ingreep, en voor sommige patiënten bijna 24. De bevoegdheidscode 014 komt overigens maar bij een handvol consultaties voor, en zijn vooral mee opgenomen omwille van één chirurg die begin 2019 nog bariatrische heelkunde attesteerde met 014.

Verschillende criteria werden uitgetest om te bepalen of een door de patiënt geraadpleegde chirurg al dan niet gelinkt is aan de (plaats van verstrekking van) de bariatrische ingreep. Van strikter naar ruimer zijn de opties die werden uitgevoerd:

Verstrekker ingreep = enkel raadplegingen door dezelfde arts als de ingreep worden meegenomen in de analyse, dit is hoe dan ook te strikt maar ter informatie meegegeven in de resultaten

Bariatrisch chirurg in zelfde ZH = alle raadplegingen van de artsen met prestaties bariatrische chirurgie in hetzelfde ziekenhuis worden meegenomen

Bariatrisch chirurg met link ZH = alle raadplegingen van artsen met prestaties bariatrische chirurgie worden meegenomen voor zover zij bariatrische ingrepen óf consultaties met de betrokken patiënten aanrekenden in het ziekenhuis van de ingreep

Chirurg met link ZH = alle raadplegingen van chirurgen worden meegenomen voor zover zij bariatrische ingrepen óf consultaties met de betrokken patiënten aanrekenden in het ziekenhuis van de ingreep, inclusief zij die zelf geen enkele prestatie bariatrische heelkunde hebben in welk ziekenhuis dan ook

De criteria leveren geen enorme verschillen op, op enkele uitzonderingen na. Met name in instelling X lijkt de raadpleging vaak te gebeuren door het diensthoofd dat zelf geen bariatrische ingrepen uitvoert, bij hen verandert er dus veel bij versoepeling naar versie 4 van de criteria.

Het percentage gevallen waarvoor we geen enkele raadpleging terugvonden lijkt quasi overal onder controle, met als belangrijkste uitzondering instelling Y. Zelfs als men elke link met het ziekenhuis laat vallen blijven daar 26 patiënten zonder raadpleging van welke chirurg dan ook, wellicht is er daar toch iets dat aan deze analyse ontsnapt.

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de versie 3 van de criteria (bariatrisch chirurg met link ZH), hetgeen het beste beeld weergeeft van de intervalperiode in het betrokken ziekenhuis.

* Doc P = statistische tabellen betreffende de verstrekkingen verleend door zorgverleners in de ambulante en de ziekenhuissector

* Document SHA = statistische tabellen per anoniem verblijf in een ziekenhuis (Séjours Hospitaliers Anonymes)

* Bevoegdheidscode 140 = arts-specialist in de heelkunde

* Bevoegdheidscode 149 = arts-specialist in de heelkunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde

* Bevoegdheidscode 014 = arts-specialist in opleiding in de heelkunde

ZH/HOP	> 6 m		4-6 m		3-4 m		< 3 m		0			
<u>71xxxxxx</u>	3	33,3%	3	33,3%	1	11,1%	2	22,2%		0,0%	100,0%	9
<u>71xxxxxx</u>	32	47,8%	20	29,9%	7	10,4%	7	10,4%	1	1,5%	100,0%	67
<u>71xxxxxx</u>	16	20,3%	17	21,5%	20	25,3%	23	29,1%	3	3,8%	100,0%	79
<u>71xxxxxx</u>	62	12,1%	78	15,3%	73	14,3%	259	50,7%	39	7,6%	100,0%	511
<u>71xxxxxx</u>	209	49,4%	149	35,2%	38	9,0%	22	5,2%	5	1,2%	100,0%	423
<u>71xxxxxx</u>	8	8,3%	6	6,3%	12	12,5%	41	42,7%	29	30,2%	100,0%	96
<u>71xxxxxx</u>	4	30,8%	3	23,1%	2	15,4%	2	15,4%	2	15,4%	100,0%	13
<u>71xxxxxx</u>	19	24,7%	23	29,9%	14	18,2%	19	24,7%	2	2,6%	100,0%	77
<u>71xxxxxx</u>	71	45,2%	56	35,7%	12	7,6%	18	11,5%		0,0%	100,0%	157
<u>71xxxxxx</u>	62	19,0%	78	23,9%	47	14,4%	131	40,2%	8	2,5%	100,0%	326
<u>71xxxxxx</u>	11	9,7%	19	16,8%	30	26,5%	44	38,9%	9	8,0%	100,0%	113
<u>71xxxxxx</u>	5	16,7%	6	20,0%	6	20,0%	12	40,0%	1	3,3%	100,0%	30
<u>71xxxxxx</u>	7	70,0%	1	10,0%		0,0%	2	20,0%		0,0%	100,0%	10
<u>71xxxxxx</u>	23	32,4%	20	28,2%	14	19,7%	14	19,7%		0,0%	100,0%	71
<u>71xxxxxx</u>	42	55,3%	19	25,0%	5	6,6%	8	10,5%	2	2,6%	100,0%	76
<u>71xxxxxx</u>	127	15,8%	267	33,3%	255	31,8%	120	15,0%	33	4,1%	100,0%	802
<u>71xxxxxx</u>	32	30,2%	16	15,1%	17	16,0%	39	36,8%	2	1,9%	100,0%	106
<u>71xxxxxx</u>	18	14,3%	38	30,2%	37	29,4%	29	23,0%	4	3,2%	100,0%	126
<u>71xxxxxx</u>	66	47,5%	40	28,8%	20	14,4%	9	6,5%	4	2,9%	100,0%	139
<u>71xxxxxx</u>	25	15,1%	13	7,8%	21	12,7%	97	58,4%	10	6,0%	100,0%	166
<u>71xxxxxx</u>	31	36,5%	24	28,2%	9	10,6%	15	17,6%	6	7,1%	100,0%	85
<u>71xxxxxx</u>	57	42,5%	37	27,6%	15	11,2%	19	14,2%	6	4,5%	100,0%	134
<u>71xxxxxx</u>	61	31,1%	85	43,4%	32	16,3%	16	8,2%	2	1,0%	100,0%	196
<u>71xxxxxx</u>	4	11,1%	13	36,1%	11	30,6%	8	22,2%		0,0%	100,0%	36
<u>71xxxxxx</u>	16	15,0%	17	15,9%	17	15,9%	47	43,9%	10	9,3%	100,0%	107
<u>71xxxxxx</u>	38	36,5%	16	15,4%	17	16,3%	30	28,8%	3	2,9%	100,0%	104
<u>71xxxxxx</u>	8	33,3%	5	20,8%	5	20,8%	6	25,0%		0,0%	100,0%	24
<u>71xxxxxx</u>	47	14,3%	53	16,2%	52	15,9%	163	49,7%	13	4,0%	100,0%	328
<u>71xxxxxx</u>	16	25,0%	14	21,9%	6	9,4%	25	39,1%	3	4,7%	100,0%	64
<u>71xxxxxx</u>		0,0%		0,0%	1	100,0%		0,0%		0,0%	100,0%	1
<u>71xxxxxx</u>	21	21,4%	16	16,3%	24	24,5%	34	34,7%	3	3,1%	100,0%	98
<u>71xxxxxx</u>	36	24,0%	36	24,0%	29	19,3%	48	32,0%	1	0,7%	100,0%	150

<u>71xxxxxx</u>	49	28,2%	28	16,1%	26	14,9%	64	36,8%	7	4,0%	100,0%	174
<u>71xxxxxx</u>	46	14,6%	36	11,4%	55	17,4%	174	55,1%	5	1,6%	100,0%	316
<u>71xxxxxx</u>	1	12,5%		0,0%	1	12,5%	6	75,0%		0,0%	100,0%	8
<u>71xxxxxx</u>	20	13,7%	25	17,1%	7	4,8%	88	60,3%	6	4,1%	100,0%	146
<u>71xxxxxx</u>	1	6,7%	4	26,7%	2	13,3%	7	46,7%	1	6,7%	100,0%	15
<u>71xxxxxx</u>	10	28,6%	4	11,4%	6	17,1%	13	37,1%	2	5,7%	100,0%	35
<u>71xxxxxx</u>	18	22,2%	19	23,5%	17	21,0%	25	30,9%	2	2,5%	100,0%	81
<u>71xxxxxx</u>	42	61,8%	11	16,2%	7	10,3%	6	8,8%	2	2,9%	100,0%	68
<u>71xxxxxx</u>	76	39,4%	44	22,8%	33	17,1%	33	17,1%	7	3,6%	100,0%	193
<u>71xxxxxx</u>	11	37,9%	13	44,8%	1	3,4%	4	13,8%		0,0%	100,0%	29
<u>71xxxxxx</u>	7	28,0%	8	32,0%	3	12,0%	7	28,0%		0,0%	100,0%	25
<u>71xxxxxx</u>	61	24,0%	87	34,3%	68	26,8%	31	12,2%	7	2,8%	100,0%	254
<u>71xxxxxx</u>	98	54,1%	56	30,9%	12	6,6%	8	4,4%	7	3,9%	100,0%	181
<u>71xxxxxx</u>	3	9,1%	6	18,2%	3	9,1%	21	63,6%		0,0%	100,0%	33
<u>71xxxxxx</u>	14	17,9%	19	24,4%	21	26,9%	23	29,5%	1	1,3%	100,0%	78
<u>71xxxxxx</u>	48	19,7%	37	15,2%	37	15,2%	114	46,7%	8	3,3%	100,0%	244
<u>71xxxxxx</u>	42	21,9%	54	28,1%	31	16,1%	53	27,6%	12	6,3%	100,0%	192
<u>71xxxxxx</u>	58	18,6%	37	11,9%	21	6,8%	182	58,5%	13	4,2%	100,0%	311
<u>71xxxxxx</u>	6	37,5%	2	12,5%		0,0%	7	43,8%	1	6,3%	100,0%	16
<u>71xxxxxx</u>	17	24,6%	12	17,4%	16	23,2%	23	33,3%	1	1,4%	100,0%	69
<u>71xxxxxx</u>	10	40,0%	11	44,0%	3	12,0%	1	4,0%		0,0%	100,0%	25
<u>71xxxxxx</u>	41	52,6%	21	26,9%	3	3,8%	12	15,4%	1	1,3%	100,0%	78
<u>71xxxxxx</u>	15	60,0%	6	24,0%	1	4,0%	3	12,0%		0,0%	100,0%	25
<u>71xxxxxx</u>	20	22,2%	16	17,8%	22	24,4%	26	28,9%	6	6,7%	100,0%	90
<u>71xxxxxx</u>	1	10,0%	2	20,0%	5	50,0%	2	20,0%		0,0%	100,0%	10
<u>71xxxxxx</u>	30	46,9%	25	39,1%	4	6,3%		0,0%	5	7,8%	100,0%	64
<u>71xxxxxx</u>	17	38,6%	9	20,5%	10	22,7%	8	18,2%		0,0%	100,0%	44
<u>71xxxxxx</u>	32	25,8%	40	32,3%	17	13,7%	30	24,2%	5	4,0%	100,0%	124
<u>71xxxxxx</u>	19	16,0%	22	18,5%	21	17,6%	53	44,5%	4	3,4%	100,0%	119
<u>71xxxxxx</u>	4	16,0%	5	20,0%	3	12,0%	10	40,0%	3	12,0%	100,0%	25
<u>71xxxxxx</u>	16	17,4%	17	18,5%	12	13,0%	38	41,3%	9	9,8%	100,0%	92
<u>71xxxxxx</u>	57	34,1%	44	26,3%	45	26,9%	19	11,4%	2	1,2%	100,0%	167
<u>71xxxxxx</u>	85	17,6%	99	20,5%	87	18,0%	197	40,9%	14	2,9%	100,0%	482
<u>71xxxxxx</u>	20	35,7%	14	25,0%	7	12,5%	14	25,0%	1	1,8%	100,0%	56
<u>71xxxxxx</u>	21	14,9%	16	11,3%	22	15,6%	78	55,3%	4	2,8%	100,0%	141

<u>71xxxxxx</u>	1	5,3%	5	26,3%	3	15,8%	9	47,4%	1	5,3%	100,0%	19
<u>71xxxxxx</u>	5	4,1%	7	5,8%	8	6,6%	95	78,5%	6	5,0%	100,0%	121
<u>71xxxxxx</u>	7	4,9%	1	0,7%	6	4,2%	118	83,1%	10	7,0%	100,0%	142
<u>71xxxxxx</u>	7	22,6%	9	29,0%	5	16,1%	10	32,3%		0,0%	100,0%	31
<u>71xxxxxx</u>	8	34,8%	8	34,8%	3	13,0%	4	17,4%		0,0%	100,0%	23
<u>71xxxxxx</u>	52	34,2%	48	31,6%	17	11,2%	30	19,7%	5	3,3%	100,0%	152
<u>71xxxxxx</u>	34	45,9%	32	43,2%	5	6,8%	2	2,7%	1	1,4%	100,0%	74
<u>71xxxxxx</u>	57	31,3%	51	28,0%	34	18,7%	40	22,0%		0,0%	100,0%	182
<u>71xxxxxx</u>	99	31,9%	73	23,5%	60	19,4%	71	22,9%	7	2,3%	100,0%	310
<u>71xxxxxx</u>	4	7,7%	12	23,1%	11	21,2%	24	46,2%	1	1,9%	100,0%	52
<u>71xxxxxx</u>	14	46,7%	8	26,7%	2	6,7%	6	20,0%		0,0%	100,0%	30
<u>71xxxxxx</u>	4	7,8%	9	17,6%	4	7,8%	30	58,8%	4	7,8%	100,0%	51
<u>71xxxxxx</u>	31	31,0%	34	34,0%	18	18,0%	16	16,0%	1	1,0%	100,0%	100
<u>71xxxxxx</u>	21	33,9%	18	29,0%	9	14,5%	11	17,7%	3	4,8%	100,0%	62
<u>71xxxxxx</u>	3	3,9%	3	3,9%	1	1,3%	2	2,6%	68	88,3%	100,0%	77
<u>71xxxxxx</u>	17	15,6%	19	17,4%	14	12,8%	56	51,4%	3	2,8%	100,0%	109
<u>71xxxxxx</u>	17	11,9%	20	14,0%	23	16,1%	82	57,3%	1	0,7%	100,0%	143
<u>71xxxxxx</u>	46	40,0%	30	26,1%	22	19,1%	16	13,9%	1	0,9%	100,0%	115
<u>71xxxxxx</u>	91	55,2%	48	29,1%	16	9,7%	10	6,1%		0,0%	100,0%	165
<u>71xxxxxx</u>	24	7,9%	30	9,9%	31	10,3%	201	66,6%	16	5,3%	100,0%	302
<u>71xxxxxx</u>	21	29,2%	17	23,6%	11	15,3%	21	29,2%	2	2,8%	100,0%	72
<u>71xxxxxx</u>	57	27,3%	32	15,3%	15	7,2%	86	41,1%	19	9,1%	100,0%	209
<u>71xxxxxx</u>	22	13,2%	21	12,6%	31	18,6%	83	49,7%	10	6,0%	100,0%	167
<u>71xxxxxx</u>	8	20,5%	7	17,9%	8	20,5%	16	41,0%		0,0%	100,0%	39
<u>71xxxxxx</u>	3	20,0%	4	26,7%	4	26,7%	3	20,0%	1	6,7%	100,0%	15
<u>71xxxxxx</u>	3	23,1%	3	23,1%	2	15,4%	4	30,8%	1	7,7%	100,0%	13
<u>71xxxxxx</u>	16	80,0%	4	20,0%		0,0%		0,0%		0,0%	100,0%	20
<u>71xxxxxx</u>	29	36,7%	21	26,6%	15	19,0%	12	15,2%	2	2,5%	100,0%	79
<u>71xxxxxx</u>	18	24,0%	18	24,0%	21	28,0%	15	20,0%	3	4,0%	100,0%	75
<u>71xxxxxx</u>	82	27,4%	90	30,1%	76	25,4%	39	13,0%	12	4,0%	100,0%	299
<u>71xxxxxx</u>	11	47,8%	9	39,1%	2	8,7%		0,0%	1	4,3%	100,0%	23
TOTAL	3.005	25,0%	2.728	22,7%	1.955	16,3%	3.801	31,7%	516	4,3%	100,0%	12.005



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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.

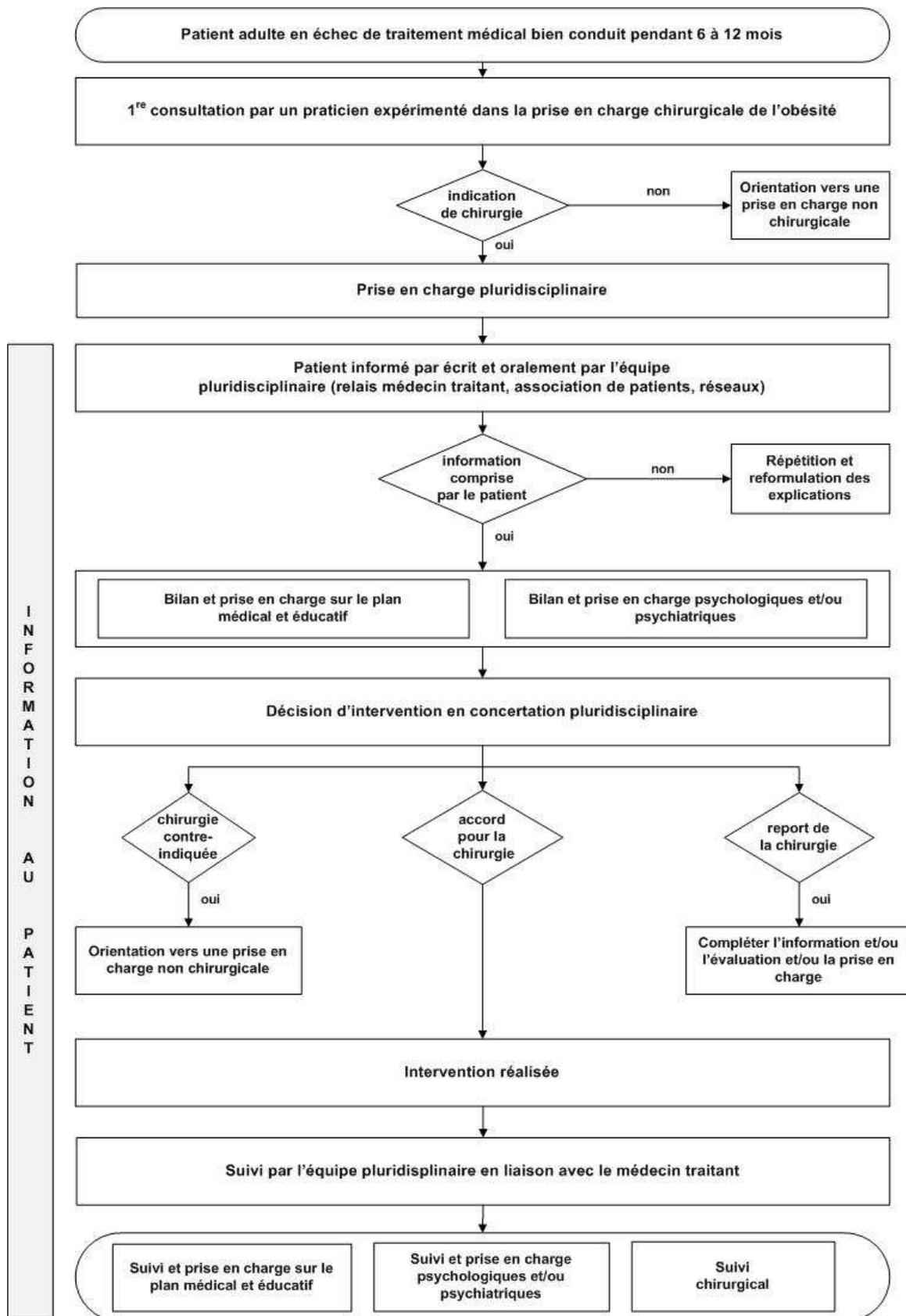
La décision d'intervention doit être prise à l'issue d'une discussion et d'une concertation de l'équipe pluridisciplinaire. Il est recommandé que la concertation ait lieu au cours d'une réunion physique. Néanmoins, en cas d'impossibilité d'une réunion physique (par exemple en cas d'éloignement géographique 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'hépatogastro-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

Directives pour le traitement chirurgical de l'obésité

Swiss Society for the Study of Morbid
Obesity and Metabolic Disorders
(SMOB)

En vigueur dès le 1.1.2021

(Rev. 13.8.2008, 8.1.2009, 18.6.2009, 24.8.2009, 7.9.2009, 25.8.2010, 5.11.2010, 20.12.2012, 15.1.2013, 1.1.2018)

Publiziert in: www.smob.ch



Table des matières

Inhalt

1	Introduction	4
2	Missions de la SMOB	7
3	Définitions pour l'annexe 1.1 de l'OPAS	8
4	Opérations bariatriques	10
4.1	Mécanismes d'action	10
4.1.1	Restriction	10
4.1.2	Malabsorption	10
4.1.3	Malabsorption des micronutriments	10
4.1.4	Malabsorption des macronutriments	10
4.1.5	Mécanismes entéro-humoraux	10
4.1.6	Microbiome	10
4.2	Opérations bariatriques	11
4.2.1	Interventions de base	11
4.2.2	Interventions complexes	11
4.2.3	Interventions en évaluation	11
4.2.4	Choix de la technique opératoire	12
5	Conditions préalables à une opération bariatrique ou métabolique	13
5.1	Indications ^{1,2,3,4}	13
5.1.1	Adultes	13
5.1.2	Enfants et adolescents de moins de 18 ans	13
5.2	Indications pour la chirurgie métabolique	16
5.3	Conditions	16
6	Contre-indications à une intervention bariatrique	17
7	Prise en charge des patients	18
7.1	Evaluation	18
7.2	Information/éducation des patients	18
7.3	Investigations préopératoires	18
7.3.1	Minimales	18
7.3.2	Optionnelles (en fonction du profil de risque)	19
7.4	Hospitalisation	19
7.5	Suivi à long terme	19
7.6	Fréquence des contrôles de suivi	20
7.6.1	Interventions restrictives	20
7.6.2	Bypass gastrique proximal	20
7.6.3	Interventions malabsorptives	20
8	Assurance de la qualité des critères médicaux	21
9	Exigences pour les centres bariatriques	22
9.1	Exigences générales pour tous les centres	22
9.2	Obligation de documentation	24
9.3	Composition du personnel de l'équipe bariatrique	24
9.4	Catégories de compétences des centres bariatriques	24
9.4.1	Centres de chirurgie bariatrique primaires	25
9.4.2	Centres de chirurgie bariatrique de référence	25
10	Procédure de reconnaissance des centres bariatriques	27
10.1	Institutions et personnes affectées	27
10.2	Nouvelle reconnaissance	27
10.3	Changement d'équipe bariatrique	28



10.4	Changement de catégorie de centre	28
10.5	Ré-évaluation	28
10.6	Visites	28
10.7	Coûts	28
10.8	Possibilités pour les centres non reconnus.....	29
11	Publication de la liste des centres reconnus	29
12	Autres.....	29
12.1	Demande d'extension des indications de la chirurgie bariatrique.....	29
13	Annexes	30
13.1	Évaluation psychiatrique	30
13.1.1	But et objectifs de l'évaluation d'un point de vue médical	30
13.1.2	Objectif et buts de l'évaluation du point de vue du patient	30
13.1.3	Conditions préalables à l'accomplissement des tâches énoncées aux points 1 et 2 ci-dessus	30
13.1.4	Conduite de l'évaluation	30
13.1.5	Instruments psychométriques.....	31
13.1.6	Contre-indications psychiatriques à une opération bariatrique.....	31
13.2	Enquêtes de suivi.....	32
13.2.1	Calendrier et contenu des examens de suivi	32
13.2.2	Micronutriments (symptômes de carence, interactions).....	32
13.3	CHOP-Codes	32
13.4	Classification ASA (American Society of Anesthesiologists).....	32
13.5	Edmonton Obesity Staging System (EOSS).....	33
13.6	Obesity Surgery-Michigan Risk Score (OS-MRS).....	34
14	Littérature	35
15	Abréviations.....	37

Pour des raisons de simplicité et de bonne lisibilité, seule la forme masculine est utilisée dans la plupart des cas. Dans tous les cas, le genre féminin est également concerné.

1 Introduction

L'obésité est une maladie chronique et plurifactorielle. La prédisposition polygénique à l'obésité, qui s'est développée au cours des millénaires, assurait une survie à l'humanité dans des conditions de famine. C'est l'apparition, au cours du deuxième millénaire, de facteurs externes qui a modifié profondément l'histoire de notre espèce. Ainsi, l'obésité s'est développée comme une pandémie généralisée et a été reconnue comme une maladie.

L'obésité est un développement disproportionné du tissu graisseux. La distribution et les influences métaboliques de ce tissu graisseux, de même que le développement et la gravité des comorbidités potentiellement mortelles qu'il entraîne, sont déterminées par des facteurs génétique et épigénétique. L'obésité n'est ainsi pas une entité nosologique homogène, mais un phénotype particulier représentant de nombreuses prédispositions génétiques différentes. S'y ajoutent les facteurs adipogènes externes (par exemple réduction de l'exercice et suroffre alimentaire) et les facteurs épigénétiques. Les facteurs externes sont d'une manière générale plus uniformes que les facteurs génétiques.

En tant que maladie chronique avec des causes génétiques, l'obésité, dans l'état actuel des connaissances médicales, ne peut être éradiquée complètement. Elle peut par contre être prévenue et/ou traitée. Les initiatives des organisations de santé, qu'elles soient étatiques ou privées, sont basées sur une prévention précoce du surpoids et de l'obésité. La prévention mise en place agit sur plusieurs plans, dans le but de modifier les facteurs exogènes avec des conséquences économiques importantes. Nos efforts pour le traitement des patients obèses ne sont en aucune manière en opposition avec la prévention et ne la remplacent pas.

Le fardeau de la maladie de base et des comorbidités (Tab 1) qu'elle induit affecte grandement le corps, l'esprit et l'âme, tout particulièrement quand aucun traitement ne réussit. La forme et les coûts des traitements de l'obésité posent de nombreuses questions éthiques à la société, au patient, à ceux qui les soutiennent par solidarité et à tous les acteurs professionnels concernés.

La plupart des programmes de traitement conservateur connus jusqu'ici ne parviennent pas à réduire la masse graisseuse de manière adéquate ou durable. Souvent, l'arrêt du traitement est suivi d'une accumulation excessive de tissu adipeux (rebound) et peut interférer avec les efforts ultérieurs de réduction de la graisse (cicatrice métabolique).

Les efforts chirurgicaux pour modifier l'anatomie et la fonction du tube digestif pour le traitement de l'obésité ont débuté au milieu du XXème siècle. Ces interventions entraînaient au début une morbidité et une mortalité significatives, tant en raison du trauma des parties molles et de la paroi abdominale que de leurs conséquences métaboliques. C'est l'avènement de la chirurgie minimalement invasive dans la dernière décennie du XXème siècle qui a fait de la chirurgie bariatrique le traitement le plus efficace, le plus ciblé et le plus économique, tant de l'obésité elle-même que de ses conséquences métaboliques, comme le diabète de type II et la dyslipidémie. La chirurgie bariatrique et métabolique doit actuellement être considérée comme le traitement de référence de l'obésité sévère.



Le traitement chirurgical complet de l'obésité n'inclut pas seulement les procédés de chirurgie viscérale et endocrine, mais aussi les procédés de chirurgie reconstructive qui seront nécessaires ultérieurement.

Le succès à long terme n'est possible qu'au prix d'une prise en charge diététique, physiothérapique, psychologique et sociale. Réalisée isolément, la chirurgie ne permet d'obtenir que des résultats sub-optimaux.

Métaboliques	Cardio-respiratoires	Gastro-intestinales
Résistance à l'insuline	Hypertension artérielle	Stéatose hépatique
Diabetes mellitus II	Cardiomyopathie hyperten-	Stéatohépatite
Dyslipidémies	Maladie coronarienne	Cholecystolithiase
Hyperhomocystéinémie	Hypoventilation nocturne	Hernie hiatale
Hyperuricémie	Syndrome d'apnées du	Maladie de reflux G-O
Hypovitaminose D	Asthma bronchiale	
Gynéco-obstétricales	Oncologiques	Dermatologiques
Ovaires polykystiques	Cancer du sein	Acanthosis nigricans
Hyperandrogénisme (F)	Cancer utérin	Dermatites de macération
Anovulation, Infertilité	Cancer de la prostate	Impétigo inguinal
Abortus précoce	Cancer colo-rectal	Neurologiques
Macrosomie foetale	Cholangiocarcinome	Pseudotumor cerebri
Dystocie	Lymphome	Méralgie paresthétique
Gestose EPH		AVC
Musculo-squelettiques	Psycho-sociales	Uro./Andrologiques
Maladie de Perthes	Sociophobies	Incontinence urinaire (F)
Epiphysiolyse fémorale	Troubles somatoformes	Hypogonadisme (M)
Arthrose	Troubles affectifs	Angiologiques
Syndrome du canal étroit	Troubles anxieux - paniques	Varices des MI
Insertionnites	Addictions	Lymphoedème
	Chirurgicales	
	Risque infections plaies op.	

Tab. 1. Maladies secondaires et risques associés à l'obésité

La bariatrie est une discipline multidisciplinaire visant au diagnostic et au traitement individualisé de la maladie chronique qu'est l'obésité, dans une prise en charge en réseau¹.

Le "Groupe suisse d'étude de l'obésité morbide", fondé en 1996, aujourd'hui "Société suisse pour l'étude de l'obésité morbide et des troubles métaboliques" [SMOB], s'est fixé pour objectif de faire connaître l'obésité en tant que maladie au grand public et aux experts médicaux, ainsi que de transposer les expériences croissantes dans le monde entier sous la forme de lignes directrices et de pouvoir ainsi publier des recommandations pour optimiser la qualité du diagnostic et du traitement.

Depuis le 1.1.2011, les directives du SMOB constituent le document de référence pour l'obligation de l'assurance maladie obligatoire (LAMAL) de fournir des prestations en matière d'indication, de performance, d'assurance qualité et de suivi, ainsi que pour les exigences des chirurgiens et des centres de chirurgie bariatrique. Il y est fait référence au chiffre 1.1. de l'annexe 1 de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins (ordonnance sur les prestations de soins, OPAS ; RS 832.112.31). Elles ont été élaborées et mises en œuvre par le SMOB à la demande de la Commission fédérale des prestations générales et des questions de principe (CFPP) et du DFI pour cette réglementation de l'obligation de fournir des prestations. Les lignes directrices, qui ont depuis été actualisées à plusieurs reprises, servent également de document

d'orientation pour les organes cantonaux et l'accord intercantonal sur la médecine hautement spécialisée.

La littérature internationale a confirmé à plusieurs reprises l'hypothèse selon laquelle la durée du séjour hospitalier, les coûts de traitement et le risque de complications et de décès sont significativement plus élevés dans les cliniques ayant des activités bariatriques qui ne sont pas liées à des lignes directrices et à des groupes de spécialistes que dans les centres bariatriques reconnus professionnellement qui ont subi un processus de reconnaissance et qui lient leurs processus à des lignes directrices..²

Afin de garantir une procédure de reconnaissance uniforme avec des exigences définies pour les centres bariatriques et les chirurgiens bariatriques, le SMOB a publié des directives administratives supplémentaires en 2013. En plus de décrire le processus de reconnaissance, ils définissent également les exigences de qualité pour la reconnaissance en tant que centre bariatrique.

La base de l'élaboration de ces directives est constituée par les directives nationales et internationales établies, de plus en plus fondées sur des preuves, et les "directives cliniques" (voir le chapitre Littérature).



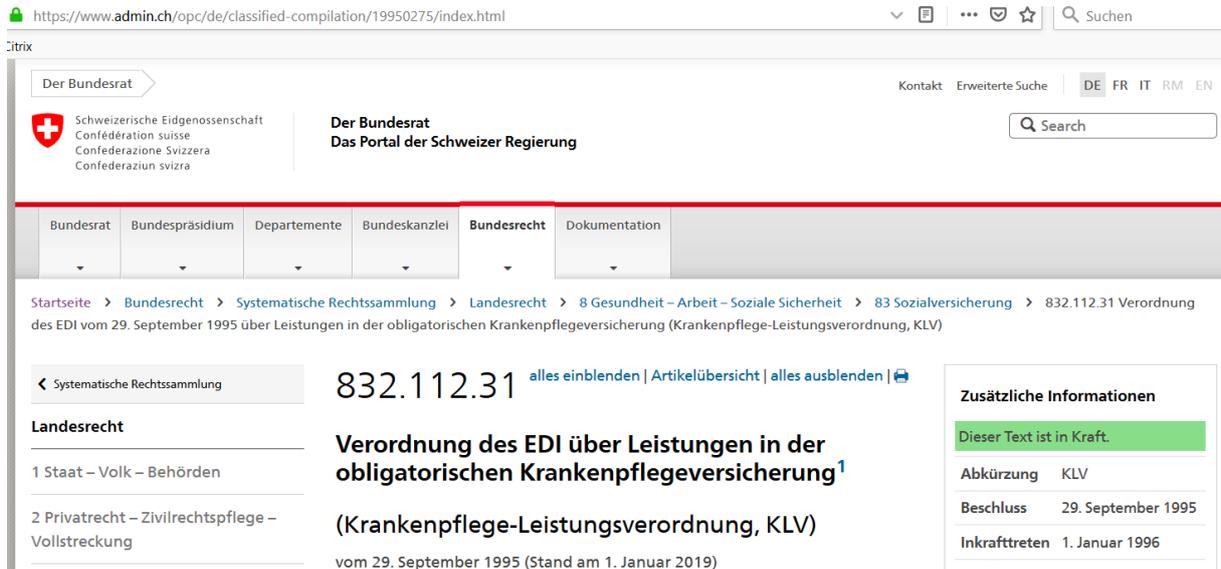
2 Missions de la SMOB

- La SMOB établit et met à jour une liste des centres de chirurgie bariatrique en Suisse qui sont reconnus selon les directives de la SMOB. Pour cela, il est essentiel de disposer de lignes directrices méthodologiques précises, fondées sur l'état actuel des connaissances internationales.
- Le SMOB contrôle la conformité des centres agréés, conformément aux contrats négociés entre les prestataires et les payeurs.
- En collaboration avec Adjumed (AQC), le SMOB organise l'enregistrement statistiquement correct des activités de chirurgie bariatrique en Suisse.
- Le SMOB évalue les demandes de reconnaissance des centres bariatriques et vérifie le respect de la qualité de la prestation de services. Cette évaluation et les contrôles permanents sont basés sur des dossiers, des visites des centres et des contacts avec les responsables des centres.

DIRECTIVES MEDICALES

3 Définitions pour l'annexe 1.1 de l'OPAS

La version actuelle de l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31) peut être consultée à l'adresse suivante <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/index.html> (Chapitre 1.1).



The screenshot shows the official website of the Swiss Federal Government. The main content area displays the following information:

- Navigation:** Startseite > Bundesrecht > Systematische Rechtssammlung > Landesrecht > 8 Gesundheit – Arbeit – Soziale Sicherheit > 83 Sozialversicherung > 832.112.31 Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)
- Systematische Rechtssammlung:**
 - Landesrecht
 - 1 Staat – Volk – Behörden
 - 2 Privatrecht – Zivilrechtspflege – Vollstreckung
- Article 832.112.31:**
 - Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung¹**
 - (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)**
 - vom 29. September 1995 (Stand am 1. Januar 2019)
- Zusätzliche Informationen:**
 - Dieser Text ist in Kraft.
 - Abkürzung: KLV
 - Beschluss: 29. September 1995
 - Inkrafttreten: 1. Januar 1996

L'annexe 1 de l'ordonnance sur les prestations de soins, actuellement en vigueur, peut être consultée à l'adresse suivante <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/anhang1klv.html>

Les définitions suivantes de la SMOB se réfèrent à des termes des versions antérieures de l'annexe 1.1 de l'OPAS qui n'étaient pas clairs et qui ont donc été interprétés de manière controversée par les assureurs-maladie et les tribunaux cantonaux des assurances. Elles ont été publiées par le SMOB en 2005 et ont pour but de clarifier, d'un point de vue médical, les discussions futures sur l'obligation de verser des prestations.

- Surpoids/obésité¹

Surpoids :	BMI 25.0-29.9 kg/m ²
Obésité de grade I (obésité modérée) :	BMI 30.0-34.9 kg/m ²
Obésité de grade II (obésité sévère) :	BMI 35.0-39.9 kg/m ²
Obésité de grade III (obésité morbide) :	BMI ≥ 40 kg/m ² .

- Périmètre abdominal¹

Risque élevé de syndrome métabolique:
 femmes > 88 cm
 hommes >102 cm

- Thérapie conservatrice adéquate^{1,2}

- conseils diététiques par un diététicien diplômé ou un médecin nutritionniste formé et/ou
- thérapie comportementale, y inclus psychothérapie, et/ou
- régime hypocalorique et/ou
- programme d'exercice physique, y inclus physiothérapie, et/ou
- traitements médicamenteux
- une thérapie adéquate peut être également suivie sans avoir recours aux prestations de l'assurance-maladie, ou sans le soutien d'un professionnel qualifié (médecin ou spécialiste de la nutrition ou de l'exercice physique) (p.ex. traitement aux frais du patient).

- Une expertise suffisante en matière de nutrition et de réduction du poids:

- Connaissance de base des macronutriments (protéines, glucides, lipides) et des micronutriments importants (vitamines, oligo-éléments).
- Connaissances de base sur une alimentation équilibrée (par exemple, composition d'un repas équilibré) et un comportement alimentaire sain (par exemple, structure adéquate des repas quotidiens).
- Connaissance des facteurs importants pour une réduction durable du poids.
- L'examen et l'évaluation des connaissances sont effectués par des nutritionnistes et diététiciens "BSc in Nutrition and Dietetics" ou nutritionniste certifié HF.

4 Opérations bariatriques

4.1 Mécanismes d'action

4.1.1 Restriction

(procédés qui limitent l'ingestion des aliments)

- Anneau gastrique ajustable (adjustable gastric banding, AGB)
- Gastrectomie en manchette (sleeve gastrectomy)
- Bypass gastrique proximal (Roux-en-Y gastric bypass, RYGBP; anse alimentaire ≤ 150 cm)

4.1.2 Malabsorption

(procédés qui limitent l'absorption des aliments)

4.1.3 Malabsorption des micronutriments

- Bypass gastrique proximal (Roux-en-Y gastric bypass, RYGBP; anse alimentaire ≤ 150 cm)

4.1.4 Malabsorption des macronutriments

- Diversion bilio-pancréatique (bilio-pancreatic diversion, BPD)
- Diversion bilio-pancréatique avec "duodenal switch" (BPD-DS)
- Bypass gastrique distal (common channel ≤ 100 cm)

4.1.5 Mécanismes entéro-humoraux

(procédés qui influencent durablement le réseau entéro-humorale en modifiant la sécrétion de peptides gastro-intestinaux)

- Gastrectomie en manchette (sleeve gastrectomy)
- Bypass gastrique proximal (Roux-en-Y gastric bypass, RYGBP; anse alimentaire ≤ 150 cm)
- Diversion bilio-pancréatique (bilio-pancreatic diversion, BPD)
- Diversion bilio-pancréatique avec "duodenal switch" (BPD-DS)
- Bypass gastrique distal (common channel ≤ 100 cm)

4.1.6 Microbiome

(Les interventions qui affectent le microbiome intestinal à long terme et donc les facteurs épigénétiques et l'expression des peptides gastro-intestinaux.)

- Bypass gastrique proximal (Roux-en-Y gastric bypass, RYGBP; anse alimentaire ≤ 150 cm)
- Diversion bilio-pancréatique (bilio-pancreatic diversion, BPD)
- Diversion bilio-pancréatique avec "duodenal switch" (BPD-DS)
- Bypass gastrique distal (common channel ≤ 100 cm)



4.2 Opérations bariatriques

Les procédures de base peuvent être réalisées dans les centres bariatriques primaires. Lorsque cela est techniquement possible, la technique laparoscopique doit être préférée à la technique ouverte.

Les interventions complexes et les réinterventions, ainsi que les interventions en évaluation, ne peuvent être réalisées que dans des centres bariatriques de référence. Lorsque cela est techniquement possible, la technique laparoscopique doit être préférée à la technique ouverte.

4.2.1 Interventions de base

(Definition: Interventions primaires établies)

- Anneau gastrique ajustable (adjustable gastric banding, AGB)
- Gastrectomie en manchette (sleeve gastrectomy)
- Bypass gastrique proximal (Roux-en-Y gastric bypass, RYGBP; anse alimentaire ≤ 150 cm)

4.2.2 Interventions complexes

- Diversion bilio-pancréatique (bilio-pancreatic diversion, BPD)
- Diversion bilio-pancréatique avec "duodenal switch" (BPD-DS)
- Interventions en 2 temps (première intervention gastrectomie en manchette suivie de switch duodéal ou bypass gastrique proximal)
- Ré-opérations (changement de procédé ou conversion d'une technique vers une autre)
- Re-opérations après chirurgie antireflux
- Réinterventions (révision) (Restauration de l'anatomie, interventions sur la poche gastrique, définitions exactes cf. liste des codes CHOP sur: www.smob.ch)
- Interventions pour le diabète de type 2 et BMI ≥ 30 et < 35 kg/m²

4.2.3 Interventions en évaluation

Les interventions en évaluation ne peuvent être réalisées que dans le cadre d'une étude prospective acceptée par la commission d'éthique locale (conformément à „l'ordonnance sur les essais cliniques, ordonnance 1 sur la recherche sur l'être humain" du 1.1.2013).

- Bypass gastrique distal (Common Channel ≤ 100 cm)
- Plicature gastrique (Gastric Plication/Greater Curvature Plication)
- Electrostimulation gastrique (IGS/Implantable Gastric Stimulation)
- Blocage vagal (VBLOC/Vagal Block for Obesity Control)
- Interposition iléale (Ileal Transposition)
- Bypass gastrique en Omega (Mini-Gastric Bypass)
- Bypass duodéno-jéjunal avec/sans gastrectomie en manchette (Duodeno-Jejunal Bypass w/wo Sleeve Gastrectomy)
- Procédures interventionnelles endoscopiques
- Tout autre procédé ne figurant pas dans les listes des points 4.2.1 et 4.2.2



4.2.4 Choix de la technique opératoire

A l'heure actuelle, trop peu de données basées sur l'évidence sont disponibles pour décider formellement quel procédé est adéquat pour chaque patient particulier. Dès lors, le choix définitif du procédé incombera au chirurgien, après consultation de son équipe multidisciplinaire. Les facteurs qui peuvent influencer cette décision sont : le BMI, l'âge, le genre, la répartition de la masse grasseuse, la présence d'un diabète, d'une dyslipidémie, d'un Binge eating disorder, d'une hernie hiatale, d'une maladie de reflux, d'une immaturité psycho-affective, et/ou les attentes ou préférences du patient. L'indication opératoire sera donc pesée très soigneusement car elle est essentielle pour la qualité du résultat.

5 Conditions préalables à une opération bariatrique ou métabolique

5.1 Indications ^{1,2,3,4}

5.1.1 Adultes

- Body-Mass-Index (BMI) ≥ 35 kg/m².
- Connaissance suffisante de la nutrition et de la réduction du poids et tentatives infructueuses de mise en œuvre.
- Bonne compréhension des changements postopératoires nécessaires dans le mode de vie et le comportement alimentaire
- Consentement écrit à l'engagement d'un suivi à vie dans le réseau bariatrique d'un centre accrédité.

5.1.2 Enfants et adolescents de moins de 18 ans

(avec la collaboration de SGP/akj)

Pour les enfants et les adolescents de moins de 18 ans, qui sont juridiquement des mineurs, des conditions particulières d'application de la chirurgie bariatrique s'appliquent en plus des directives SMOB pour les adultes, qui sont expliquées ci-dessous.

Les critères pédiatriques d'évaluation des indications de la chirurgie bariatrique sont nécessairement remplis au plus tôt à l'adolescence, c'est pourquoi seuls les adolescents sont mentionnés dans ce qui suit.

5.1.2.1 Critères médicaux pour l'évaluation des indications de la chirurgie bariatrique

Les critères médicaux suivants sont requis pour que la chirurgie bariatrique soit envisagée chez les adolescents mineurs :

- *BMI ≥ 35 kg/m² plus au moins une comorbidité grave^{3,6}:*
 - Par exemple, diabète de type 2, syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) modéré-sévère avec un indice d'apnée-hypopnée >15 , pseudotumeur cérébrale, maladie cardiovasculaire, morbidité psychosociale grave.
- *BMI ≥ 40 kg/m² plus au moins un autre comorbidité^{3,6,7}:*
 - Par exemple, hypertension artérielle, résistance à l'insuline, glycémie élevée à jeun ou tolérance pathologique au glucose, dyslipidémie, stéatose hépatique non alcoolique, SAOS avec indice d'apnée-hypopnée de 5 à 15.



5.1.2.2 Exigences de base du patient adolescent

Les conditions de base suivantes doivent être remplies par l'adolescent mineur pour que la chirurgie bariatrique soit envisagée ^{1,3,4}:

- La croissance et la maturité physique sont presque terminées: Stade pubertaire selon Tanner ≥ 4 (seins, organes génitaux), âge osseux ≥ 14 ans pour les filles et ≥ 15.5 ans pour les garçons.
- Les possibilités de thérapie conservatrice ont été épuisées sans succès ; en particulier, l'adolescent a également participé à un programme de thérapie multiprofessionnelle¹, reconnu par la Société suisse de pédiatrie (SSP), ou à un programme équivalent pendant la totalité de la thérapie conservatrice d'au moins 2 ans. En plus de la définition des directives générales SMOB (voir section 2), le traitement est considéré comme un échec si, au cours de la thérapie précédant l'évaluation de l'indication bariatrique, une stagnation persistante du poids ou même une nouvelle augmentation du poids survient au-dessus d'un IMC de 35.
- Dans des situations exceptionnelles, la chirurgie bariatrique peut être pratiquée avant la fin du traitement conservateur de 2 ans si des raisons médicales ne justifient pas le report de la procédure chirurgicale. La condition préalable est le consensus de l'équipe de traitement multidisciplinaire, des parents ou tuteurs ainsi que du comité d'éthique interne de l'hôpital pour enfants et/ou de l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte.
- L'adolescent accepte une évaluation préopératoire de son état psychologique et de sa capacité de jugement par un psychologue ou un psychiatre spécialisé dans l'enfance et l'adolescence..
- La capacité de jugement de l'adolescent en matière de chirurgie bariatrique est donnée, afin qu'il puisse donner son consentement après avoir été pleinement informé sur l'opération bariatrique. En outre, le souhait d'une chirurgie bariatrique est le souhait exprimé par le patient, sans pression ni influence reconnaissable d'un tiers.
- Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique, ou le patient reçoit un traitement psychothérapeutique et le trouble psychiatrique est dans un état stable.
- Il existe des relations sociales et de soins stables.
- La grossesse a été exclue et l'adolescente a donné son consentement écrit pour prendre les mesures appropriées afin d'éviter une grossesse en cas d'activité sexuelle pendant 1 à 2 ans après la chirurgie bariatrique.
- L'adolescent et sa famille font preuve d'une volonté d'adhérer aux principes d'une alimentation saine et de comportements d'activité physique.
- Reconnaissance et consentement de l'adolescent à la nécessité d'examen de suivi de base à vie. En particulier, l'adolescent et ses parents ou tuteurs légaux consentent par écrit à un suivi postopératoire d'au moins 10 ans par une équipe pluridisciplinaire composée de représentants de la médecine adulte et de la pédiatrie (jusqu'à 18 ans au moins) avec la documentation scientifique nécessaire d'un ensemble minimal de données défini par la SMOB et la SGP/akj aux fins de l'enregistrement des résultats.
- Chez les patients adolescents présentant une obésité syndromique (syndrome de Prader-Willi-Labhart, syndrome de Bardet-Biedl, etc.) et un retard mental clarifié par un spécialiste, la chirurgie bariatrique peut être envisagée à titre exceptionnel si une forte augmentation de poids soutenue et une comorbidité sévère justifient cette intervention. La condi-

tion préalable est le consensus de l'équipe de traitement multidisciplinaire, des parents ou tuteurs et du comité d'éthique interne de l'hôpital pour enfants et/ou de l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte. En outre, il faut garantir une prise en charge stable à long terme du patient souffrant d'un retard mental.

5.1.2.3 Contre-indications

Les contre-indications de la chirurgie bariatrique sont fondamentalement les mêmes que celles énumérées pour les adultes dans la section 5. Les contre-indications supplémentaires pour les adolescents sont explicites si les conditions préalables énumérées ci-dessus ne sont pas remplies.

5.1.2.4 Exigences pour le centre spécialisé

Les interventions bariatriques chez les adolescents mineurs nécessitent des conditions préalables particulières de la part des institutions spécialisées concernées^{3,6,7}:

- Les interventions bariatriques chez les adolescents ne peuvent être effectuées que dans un centre bariatrique de référence reconnu par la SMOB qui travaille en collaboration avec un centre de l'obésité pédiatrique de référence³ certifié et reconnu par la SSP.
- L'évaluation préopératoire des indications ainsi que les soins péri- et postopératoires sont assurés par une équipe multidisciplinaire comprenant des représentants du centre de référence bariatrique ainsi que du centre de référence de l'obésité pédiatrique. Cette équipe multidisciplinaire couvre les domaines de la somatique, de la nutrition, de l'activité physique, du bien-être psychologique et des aspects sociaux, y compris la formation professionnelle. La composition de l'équipe multidisciplinaire (voir chapitre 9.3) est complétée par des spécialistes du Centre de référence de l'obésité pédiatrique, en particulier des spécialistes de la médecine pédiatrique et de l'adolescence. En outre, un spécialiste du département de psychiatrie/psychologie du Centre de référence de l'obésité pédiatrique spécialisé dans l'obésité chez les enfants et les adolescents ou d'une institution ou d'un cabinet externe doit être consulté.
- L'évaluation de l'indication à une intervention bariatrique est effectuée par les institutions, respectivement personnes suivantes
 - Spécialistes du centre de référence bariatrique,
 - Spécialistes du centre de référence de l'obésité pédiatrique,
 - Psychiatre ou psychologue ayant une expérience en psychiatrie ou en psychologie de l'enfant et de l'adolescent. L'évaluation psychiatrique comprend également une évaluation de la capacité de jugement du patient à l'égard de l'intervention bariatrique.
- La décision quant à l'indication à une intervention bariatrique est prise de manière multidisciplinaire. Une décision positive en faveur d'une intervention est établie lorsque les trois spécialistes mentionnés précédemment sont en faveur de l'opération. Il est recommandé, de façon à optimiser la transmission de l'information, que cette décision soit consignée par écrit dans un rapport de l'équipe multidisciplinaire de l'institution.
- Le suivi à long terme ainsi que la récolte des données quant à l'évolution sont coordonnés. Le centre bariatrique de référence et le centre de l'obésité pédi-



trique de référence se sont entendus en ce qui concerne ces points. Les données en ce qui concerne l'évolution sont à disposition pour une évaluation au niveau national.

- Le suivi post-opératoire est assuré pendant au minimum 10 ans par le centre bariatrique de référence. Chez les adolescents de moins de 16 ans, le centre de l'obésité pédiatrique de référence est impliqué dans le suivi au minimum jusqu'à l'âge de 18 ans.

5.1.2.5 Prise en charge pré- et post-opératoire

- Les examens pré- et post-opératoires s'effectuent selon les directives communes de la SMOB et de la SSP/akj.
- L'évaluation pré-opératoire s'effectue dans le cadre de consultations interdisciplinaire par les spécialistes des équipes multidisciplinaires mentionnés précédemment (voir 4.1.2.4). L'évaluation des adolescents mineurs comprend l'implication des parents ou des représentants légaux. Il est accordé suffisamment de temps au patient ainsi qu'à ses parents/représentants légaux pour prendre une décision éclairée.
- Une fois la décision en faveur d'une intervention bariatrique prise, la préparation pré-opératoire de l'adolescent et de ses parents ou représentants légaux s'effectue de manière soigneuse. Elle comprend entre autres la planification optimale du suivi post-opératoire et les nécessaires modifications de l'hygiène et du style de vie.

5.2 Indications pour la chirurgie métabolique

- Chez les patients présentant un diabète sucré de type 2 (DT2) difficile à contrôler (T2DM) et un BMI 30-35 kg/m²:
 - HbA1c <8% ne peut être atteint sur une période d'au moins 12 mois malgré une thérapie optimale par un endocrinologue et un nutritionniste "BSc in Nutrition and Dietetics" ou un nutritionniste certifié HF.
 - l'indication est posée sur une base interdisciplinaire (y compris l'endocrinologue).

5.3 Conditions

- L'opération est réalisée dans un centre bariatrique reconnu par la SMOB qui dispose d'une équipe multidisciplinaire ayant l'expérience nécessaire (chirurgien bariatrique, spécialiste en médecine interne/endocrinologie, psychiatre/psychosomaticien, nutritionniste, physiothérapeute/thérapeute du mouvement) ainsi que d'une procédure d'évaluation et d'une prise en charge des patients standardisées incluant une assurance qualité (AQC).
- La thérapie chirurgicale ne doit pas être considérée comme un traitement de première intention.
- Chez les patients âgés de plus de 65 ans, les risques chirurgicaux et l'espérance de vie restante doivent être pesés en raison des comorbidités. Ils ne doivent être opérés que dans des centres de référence bariatriques.



6 Contre-indications à une intervention bariatrique

- Manque de connaissances nutritionnelles correctes sur le plan professionnel et de leur mise en œuvre pour la réduction du poids.
- Grossesse en cours
- Coronaropathie instable (angine de poitrine ; état après un infarctus du myocarde < 6 mois), exclusion uniquement après évaluation cardiologique et/ou anesthésique.
- Insuffisance rénale sévère (créatinine 300 mol/l, GFR < 30ml/min) sans traitement de substitution rénale.
- Cirrhose hépatique Child B/C.
- Maladie de Crohn ; ces patients ne peuvent être admis qu'après accord du gastroentérologue traitant
- Embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde au cours des 6 derniers mois.
- Patients atteints de cancer (non contrôlé ou en rémission depuis moins de 2 ans suivant le diagnostic/traitement), inclusion possible après consultation oncologique
- Maladie mentale grave non imputable à l'obésité et nécessitant un traitement, ayant entraîné des décompensations récurrentes au cours des deux dernières années et sur la base d'une déclaration écrite du psychiatre traitant.
- Abus chronique de substance persistant (en particulier alcool, cannabis, opiacés) à moins d'une abstinence attestés d'au moins 6 mois et d'un suivi spécialisé.
- Compliance insuffisante (rendez-vous oubliés de manière répétée, incapacité à coopérer), absence de capacité de discernement, incapacité à saisir les enjeux du traitement
- Manque de compréhension des exigences et des conditions des thérapies post-opératoires (suivi, substitution) et des changements nécessaires dans le mode de vie et les habitudes alimentaires, confirmés par le spécialiste ou le nutritionniste FH

7 Prise en charge des patients

7.1 Evaluation

L'indication d'un traitement chirurgical est posée après une évaluation standardisée et multidisciplinaire dans le cadre d'une consultation interdisciplinaire, ou lors d'un "Obesity Board" (clarifications préopératoires, indications/contre-indications). L'équipe centrale bariatrique comprend les spécialistes pertinents décrits au chapitre 9.3.

7.2 Information/éducation des patients

- Remise au patient d'une documentation écrite concernant le type d'intervention, les complications éventuelles, les modifications du comportement alimentaire postopératoire et l'organisation des contrôles de suivi.
- Consentement éclairé écrit du patient en connaissance des avantages et des inconvénients ainsi que des risques et de l'évolution à long terme de l'intervention chirurgicale.
- L'opération n'est planifiée qu'à l'issue de l'évaluation multidisciplinaire et d'une décision positive de l'équipe bariatrique multidisciplinaire.
- Respect d'une période de préparation structurée d'au moins 3 mois entre le premier contact avec le centre ou le membre du centre et l'opération. En cas de manque de connaissances nutritionnelles, de "compliance" douteuse (fiabilité à respecter le comportement recommandé après l'opération) ou d'"adhésion" incertaine (respect des rendez-vous de suivi), ce temps de préparation est plus long pour améliorer ou éliminer les problèmes susmentionnés.
- Si un patient change de centre traitant pendant la phase de préparation, le nouveau centre est tenu de demander les rapports du centre initial et de connaître les raisons d'un refus de pratiquer la chirurgie bariatrique ou d'une prolongation de la période de préparation.
- Engagement du patient à un suivi régulier et à vie au sein de l'équipe bariatrique multidisciplinaire d'un centre reconnu avec déclaration écrite de consentement.

7.3 Investigations préopératoires

cf. également le chapitre 13.1 Évaluation psychiatrique

7.3.1 Minimales

- Examens de routine comme avant d'autres interventions abdominales "majeures" (antécédents médicaux, état, laboratoire, échographie) et aperçu des micronutriments
- Evaluation de l'état actuel de santé générale et nutritionnelle (comorbidités)
- Conseil nutritionnel : révision et amélioration des connaissances nutritionnelles, des habitudes alimentaires, du type d'alimentation, information sur les changements de comportement alimentaire en postopératoire, si nécessaire, thérapie nutritionnelle préopératoire pour optimiser les maladies concomitantes et/ou l'état nutritionnel.
- Consultation psychiatrique/psychosomatique

- Oeso-gastro-duodéno-scopie avec recherche de l'Helicobacter pylori (et éradication en cas d'infection).
- Optimisation du traitement des maladies associées pour réduire le risque opératoire.

7.3.2 Optionnelles (en fonction du profil de risque)

- Risque anesthésique : ECG, test d'effort, RX thorax, fonctions pulmonaires, oxymétrie nocturne.
- Clarification radiologique de la fonction motrice de l'œsophage.
- pH-, impédance- et/ou manométrie oesophagienne
- Investigations du sommeil (syndrome d'apnée nocturne et syndrome d'hypoventilation alvéolaire liée à l'obésité).
- Echocardiographie, Coronarographie.
- Evaluation de la composition corporelle (impédance-métrie, DEXA), ostéodensitométrie (DEXA), balance énergétique (calorimétrie indirecte, SenseWear Armband)
- Investigations complexes de laboratoire (leptine, ghreline, GLP-1, PYY, GIP, etc.)

7.4 Hospitalisation

- Antibio prophylaxie à doses adaptées.
- Prophylaxie de l'ulcère de stress
- Prophylaxie thromboembolique (dosage adapté au poids et au risque)
- Mobilisation précoce, physiothérapie
- Conseils diététiques : structuration de l'alimentation, changements attendus à long terme
- Prescription à la sortie : IPP, év. thromboprophylaxie à domicile, év. substitution déficits en micronutriments
- Premier rendez-vous de suivi

7.5 Suivi à long terme

- Engagement du patient à un suivi régulier et à vie au sein de l'équipe bariatrique multidisciplinaire d'un centre reconnu avec consentement éclairé écrit.
- Contrôles et consultations réguliers avec un nutritionniste FH intégré à l'équipe bariatrique, afin de vérifier le comportement alimentaire et la mise en œuvre des recommandations de thérapie nutritionnelle et d'adapter les interventions de thérapie nutritionnelle. Le nombre de consultations nécessaires dépend de l'évolution postopératoire, mais est d'au moins 4 consultations la première année et d'au moins 1 consultation par an de la deuxième à la cinquième année postopératoire.
- Des contrôles et des consultations régulières auprès de spécialistes afin d'identifier les complications et les malformations et d'optimiser les comorbidités associées à l'obésité

- Prévention des carences, tant dans la phase de perte de poids rapide que dans la phase de stabilisation (protéines, vitamines, minéraux, etc.).
- Adaptation de la thérapie des comorbidités liées ou associées au poids (hypertension, diabète sucré).
- Médicaments : Multivitamine (y compris minéraux et oligo-éléments) à long terme pour l'anneau gastrique, l'estomac tubulaire et le bypass gastrique proximal, à vie pour la chirurgie malabsorptive.
- Après des interventions ayant une composante malabsorptive, le traitement par anti-dépresseurs, antipsychotiques et anticonvulsivants peuvent devoir être adaptés à l'aide de mesures de concentration sérique.
- Tests de laboratoire réguliers (annuels) selon le chapitre 13.2: Hématologie (numération sanguine), coagulation (INR), chimie (électrolytes, valeurs hépatiques, fonction rénale, albumine, gluc, HbA1c), statut Fe (Fe, ferritine), statut lipidique, hormones (fT3, PTH), statut vitaminique.
- En cas de carences avérées en nutriments, vitamines ou oligo-éléments, il convient de vérifier le succès de la thérapie.

7.6 Fréquence des contrôles de suivi

7.6.1 Interventions restrictives

- Remplissage de l'anneau pour l'anneau gastrique pour adapter l'effet restrictif par un membre de l'équipe d'obésité en fonction de la perte de poids individuelle du patient, de l'adaptation à l'effet restrictif et en fonction du type d'anneau implanté.
- Anneau gastrique et estomac tubulaire : examens de suivi après 1, 3, 6, 9 et 12 mois, puis annuellement ou selon les besoins.

7.6.2 Bypass gastrique proximal

- Visites de suivi après 1, 3, 6, 9, 12, 18 et 24 mois, puis chaque année ou selon les besoins.

7.6.3 Interventions malabsorptives

- Déviation bilio-pancréatique avec/sans échangeur duodéal et dérivation gastrique distale : suivi après 1,3,6,9,12,18 et 24 mois, puis tous les six mois ou selon les besoins.



8 Assurance de la qualité des critères médicaux

- L'assurance qualité relève de la responsabilité des centres qui fournissent les services.
- Obligation pour les centres de traitement de l'obésité reconnus par la SMOB de procéder à l'évaluation, au traitement et au suivi conformément aux directives de la SMOB.
- Respect des exigences pour la reconnaissance de la SMOB mentionnées au chapitre 9.
- Obligation d'enregistrement prospectif des données des patients par les centres prestataires de services en utilisant le jeu de données de l'AQC (Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie - Groupe de travail pour l'assurance qualité en chirurgie).
- Engagement de l'équipe traitante à assurer un suivi le plus complet possible en créant les structures nécessaires, à vie pour tous les malades.
- Taux de suivi documenté par les membres de l'équipe interdisciplinaire de 75 % sur une période minimale de 5 ans, avec un minimum de 10 ans pour les patients adolescents de moins de 18 ans.



DIRECTIVES ADMINISTRATIVES

9 Exigences pour les centres bariatriques

Selon „l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins" (OPAS), le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a décrété qu'à partir du 1er janvier 2011, l'indication et la réalisation des interventions chirurgicales bariatriques doivent être effectuées dans des centres bariatriques qualifiés, conformément aux directives du SMOB

9.1 Exigences générales pour tous les centres

- Comme il n'existe pas d'algorithmes de traitement généralement valables en chirurgie bariatrique, les présentes directives ne peuvent servir que d'aide aux centres responsables pour l'élaboration d'un plan de traitement uniforme (voir chapitre 7).
- Les centres accrédités doivent disposer d'une équipe multidisciplinaire avec une communication interdisciplinaire, qui comprend non seulement la réalisation de la chirurgie bariatrique, mais aussi les mesures d'évaluation correspondantes pour l'indication de l'intervention chirurgicale et le suivi à long terme des patients (paramètres métaboliques, malnutrition, prise en charge psychologique, diagnostics radiologiques, etc.).
- L'équipe bariatrique multidisciplinaire est composée de:
 - Chirurgien compétent en chirurgie bariatrique,
 - Médecin compétent en matière d'obésité (spécialiste en médecine interne/endocrinologie)
 - Psychiatres, psychosomaticiens ou psychologues ayant une expérience en matière de bariatrie.
 - Diététicien FH avec expérience en bariatrie.
- D'autres spécialistes intéressés par la bariatrie sont utiles :
- Anesthésiste, gastro-entérologue, cardiologue, pneumologue, radiologue, gynécologue et obstétricien, pédiatre et médecin pour adolescents, chirurgien plasticien, physiothérapeute et thérapeute du mouvement, assistant social.
- L'équipe pluridisciplinaire peut être composée à la fois de spécialistes internes à l'hôpital et de spécialistes externes en cabinet privé. Ces derniers sont situés dans la région du centre certifié afin d'être facilement accessibles pour les patients.
- L'équipe bariatrique multidisciplinaire se réunit régulièrement pour discuter de cas spécifiques et pour échanger des informations et des opinions sur les questions de structure et de personnel relatives à la prestation de services. La fréquence des réunions dépend des activités du centre, mais devrait être d'au moins une fois par trimestre. Les réunions font l'objet d'un procès-verbal écrit, les décisions et résolutions étant explicitement consignées.
- L'équipe bariatrique multidisciplinaire est chargée de:
 - l'évaluation du patient
 - l'indication opératoire
 - la préparation à l'opération

- le suivi postopératoire à long terme (paramètres métabolique et nutritionnel, détection et traitement des carences, soutien psychologique et social, diagnostics par imagerie)
- L'équipe bariatrique multidisciplinaire est tenue de suivre un parcours d'évaluation, de préparation et de suivi uniforme et consensuel pour chaque patient, conformément aux directives médicales du SMOB. Des variations mineures dans le bilan diagnostique préopératoire sont possibles. De même, le suivi postopératoire est adapté au type d'intervention réalisée, mais doit être le même pour chaque patient opéré.
- L'équipe bariatrique multidisciplinaire s'engage à suivre tous les patients bariatriques tout au long de leur vie.
- Le centre bariatrique accrédité dispose de salles et d'équipements adaptés au traitement des patients obèses (tables d'opération adaptées, lits, chaises, toilettes).
- Le centre bariatrique reconnu organise un service d'urgence bariatrique 24h/24 avec accessibilité d'un chirurgien bariatrique (au moins 50 opérations réalisées de manière indépendante), y compris l'accessibilité permanente d'un bloc opératoire. Le service d'urgence peut également être organisé sur une base inter-centres.
- Le centre bariatrique reconnu garantit un service interne au centre ou à la clinique pour le diagnostic par imagerie avec un équipement approprié, même pour les patients gravement obèses. Le service de radiologie doit être disponible 24 heures sur 24.
- Le centre accrédité est tenu de conserver une documentation interne sur les cas cliniques, qui contient au moins:
 - Nom, prénom, sexe, année de naissance
 - Données anthropométriques préopératoires (poids, taille)
 - Comorbidités préopératoires
 - Date et nature de l'intervention
 - Accès (-scopie ou laparotomie)
 - Nom de l'opérateur responsable
 - Complications précoces et leur traitement
 - Durée opératoire et du séjour postopératoire
 - Données de suivi (A vie) mit:
 - Poids (minimum 1x par an)
 - Complications
 - Traitements des complications
 - Chez les patients atteints de DT2 et présentant un IMC de 30-35 kg/m², les paramètres suivants doivent également être évalués:
 - HbA1c, glucose à jeun
 - Médicaments (oraux, sous-cutanés et insuline)
 - Rémission et rémission partielle (critères ADA)
 Une fois par an, ces données doivent être envoyées au secrétaire de la SMOB (date limite 1.3. de l'année suivante).
- Documentation sur les pertes de suivi avec indication de la raison (départ, décès et cause du décès, institution continuant à s'occuper du patient)
- Le centre accrédité s'engage à un taux de suivi documenté par les membres de l'équipe multidisciplinaire de 75% sur 5 ans, ou d'au moins 10 ans pour les patients adolescents < 18 ans.



- Dans les centres bariatriques reconnus, seuls les chirurgiens mentionnés dans la liste des centres respectifs sont autorisés à pratiquer la chirurgie bariatrique de manière indépendante.

9.2 Obligation de documentation

- Le centre bariatrique accrédité documente prospectivement l'activité de son centre chirurgical en ligne dans l'ensemble de données AQC-SMOB. Pour chaque année civile, les données de tous les cas de traitement sont disponibles dans la base de données de l'AQC au plus tard le 1er mars de l'année suivante (le consentement de chaque patient doit être obtenu).
- Le centre bariatrique agréé autorise le détenteur de la base de données AQC à mettre à disposition de la SMOB les dossiers SMOB de son centre.

9.3 Composition du personnel de l'équipe bariatrique

- Le centre bariatrique reconnu signale sans délai au secrétariat du SMOB tout changement de personnel au sein de son équipe bariatrique et toute modification de la composition de l'équipe, en précisant la qualification bariatrique.
- Sur la base des directives du SMOB, le conseil d'administration du SMOB se réserve le droit d'évaluer les nouveaux membres de l'équipe. Des preuves appropriées peuvent être demandées.
- Le conseil d'administration de la SMOB se réserve le droit d'adapter la classification des centres en fonction du niveau d'expérience des nouveaux membres. Cette réévaluation n'est pas soumise à une redevance pour le centre agréé.
- En cas de réorganisation plus fondamentale des équipes bariatriques, le conseil d'administration de la SMOB peut demander une réévaluation fondamentale du centre. Une réévaluation complète est soumise à des frais.

9.4 Catégories de compétences des centres bariatriques

- Il existe deux types de centres bariatriques reconnus, avec des profils d'exigences différents:
 - centres de chirurgie bariatrique primaires
 - centres de chirurgie bariatrique de référence
- Les demandes de désignation de centres déjà en activité, ainsi que les nouveaux centres commençant la chirurgie bariatrique, doivent être soumises au conseil d'administration de la SMOB.
- L'examen de ces demandes et des critères appropriés pour la classification des centres bariatriques sera effectué par le conseil d'administration de la SMOB.

9.4.1 Centres de chirurgie bariatrique primaires

- Respect de toutes les exigences générales.
- En l'absence d'un service d'urgence ouvert 24 heures sur 24, il faut au moins un service d'urgence (chirurgien, anesthésiste, radiologie, bloc opératoire, etc.) ouvert 24 heures sur 24 au sein de l'hôpital
- Interventions admises: Seulement des interventions de base (Chapitre 4.2.1)
- Interventions uniquement chez des patients avec BMI ≤ 50 kg/m²
- ASA 1-3
- Pas d'intervention chez les enfants/adolescents (< 18 ans)
- Pas d'intervention chez les patients > 65 ans
- Pas d'intervention de révision, à l'exception des ablations d'anneau.
- Exigences pour le chef de centre:
 - au moins 2 ans d'expérience en chirurgie bariatrique.
 - Au moins 50 chirurgies bariatriques réalisées de manière indépendante
- Recrutement minimal annuel : 25 interventions, ou une moyenne de 25 cas calculée sur 2 ans.
- Une collaboration avec un centre de chirurgie bariatrique de référence dans le cadre d'un réseau est impérative; le nom du(des) centre(s) choisi(s) pour ce partenariat doit être annoncé.
- En cas de complication précoce, et en vue de déterminer la stratégie thérapeutique, un contact doit obligatoirement être pris avec le (l'un des) centre de référence avant toute réintervention. En cas de complication nécessitant un transfert, celui-ci doit avoir lieu dans un centre de référence disposant d'une unité de soins intensifs

9.4.2 Centres de chirurgie bariatrique de référence

- Respect de toutes les exigences générales.
- Un centre de référence bariatrique dispose d'un service d'urgence ouvert 24 heures sur 24.
- Le centre de référence dispose d'une installation de soins intensifs reconnue par la Société suisse de médecine intensive.
- Interventions autorisées : Toutes les interventions énumérées dans les chapitres 4.2.1 - 4.2.3.
- Réalisation d'interventions à risque (BMI ≥ 50 kg/m²) et ASA >3.
- Réalisation d'opérations chirurgicales sur des patients souffrant de diabète de type 2 difficile à contrôler et BMI 30-35 kg/m²
- Effectuer des procédures spéciales (procédures de reprise et de révision complexes)
- Réalisation d'interventions chez les enfants/adolescents (< 18 ans), après consultation d'un pédiatre expérimenté, membre d'un centre de référence accrédité par la SSP.



- Réalisation d'interventions chez les patients > 65 ans.
- Exigences pour le chef de centre:
 - Au moins 5 ans d'expérience en chirurgie bariatrique
 - Au moins 300 procédures bariatriques réalisées de manière indépendante, y compris les assistances en tant qu'enseignant (teaching) (dont au moins un tiers étaient des dérivations gastriques standard proximales et/ou des procédures complexes)
- Recrutement minimal annuel : 50 interventions, ou une moyenne de 50 cas calculée sur 2 ans.
- Une collaboration avec un ou plusieurs centres de chirurgie bariatrique primaires dans le cadre d'un réseau est souhaitable.

10 Procédure de reconnaissance des centres bariatriques

La SMOB s'engage à utiliser la documentation mise à disposition de la SMOB dans le cadre de la procédure de reconnaissance exclusivement pour l'évaluation.

10.1 Institutions et personnes affectées

- Toute clinique suisse publique ou privée peut demander à la SMOB d'être reconnue comme centre bariatrique, à condition que :
 - les exigences structurelles selon les directives de la SMOB soient satisfaites,
 - une équipe bariatrique multidisciplinaire réalise l'évaluation préopératoire, l'intervention chirurgicale et, à long terme, le suivi postopératoire conformément aux directives médicales du SMOB.
- Au sein du centre reconnu, tout chirurgien bariatrique peut également demander une reconnaissance ad personam, à condition d'avoir réalisé de manière indépendante au moins 50 opérations bariatriques. La demande doit être soumise au conseil d'administration de la SMOB par le directeur du centre.

10.2 Nouvelle reconnaissance

- Les demandes de reconnaissance en tant que centre primaire ou de référence doivent être soumises au secrétariat de la SMOB.
- Les documents suivants doivent être joints:
 - Questionnaire de reconnaissance entièrement rempli (Download www.smob.ch)
 - Expérience personnelle antérieure des chirurgiens bariatriques (avec preuve d'opération).
 - Expérience préalable et formation continue des membres de l'équipe dans le domaine de la bariatrie
- Les candidatures seront examinées par le conseil d'administration de la SMOB lors de l'une de ses réunions (4 à 6 réunions par an), à condition que le dossier complet ait été soumis au moins 6 semaines avant la prochaine réunion..
- Le conseil d'administration de la SMOB vérifie la conformité des données déclarées avec les directives médicales de la SMOB en vigueur. Une attention particulière est accordée au respect des exigences en matière de structure et de personnel, ainsi qu'à l'expérience bariatrique de l'équipe et aux exigences qualitatives de la prestation de services.
- Si tous les critères sont remplis, le conseil d'administration du SMOB organise la visite du centre candidat et détermine la classification provisoire en tant que centre bariatrique primaire ou de référence.
- S'il est jugé que les critères requis ne sont pas remplis, la demande sera rejetée, avec indication des raisons pertinentes pour la décision. Le conseil d'administration du SMOB peut joindre des propositions d'amélioration.

10.3 Changement d'équipe bariatrique

Si l'équipe multidisciplinaire complète se déplace d'un centre déjà reconnu vers un autre centre qui ne l'est pas encore, le Bureau du SMOB peut reconnaître ce nouveau centre dans le cadre d'une procédure abrégée, pour autant que les conditions structurelles soient garanties conformément aux directives.

10.4 Changement de catégorie de centre

- Une demande de changement de catégorie de centre doit être soumise par écrit par le directeur du centre au secrétariat de la SMOB, en indiquant les raisons du changement et en joignant un questionnaire de reconnaissance actualisé.
- La demande sera examinée lors de l'une des réunions du conseil d'administration (4 à 6 réunions par an), à condition que le dossier complet ait été soumis au moins 6 semaines avant la prochaine réunion.

10.5 Ré-évaluation

- Le conseil d'administration de la SMOB évalue chaque année (mars) si les conditions de poursuite de la comptabilisation sont toujours remplies.
- À cette fin, les nombres de cas sont notamment vérifiés dans la base de données de l'AQC.

10.6 Visites

- Le conseil d'administration de la SMOB organise une visite du centre candidat dans les 6 mois suivant la dernière réunion du conseil d'administration.
- Cette visite est menée par un membre du conseil d'administration, qui doit être originaire d'une autre région du pays. Un autre expert désigné par le conseil d'administration accompagne la visite.
- La date de la visite est convenue avec le directeur médical responsable du centre et doit être annoncée au moins 2 mois à l'avance.
- Les visites sont effectuées conformément au règlement des visites établi par le SMOB. Sont examinés, entre autres, les points suivants:
 - Composition de l'équipe bariatrique
 - Organisation des urgences
 - Infrastructure
 - Parcours d'évaluation, de préparation et de suivi
 - Documentation interne des cas cliniques et du suivi
 - Documentation AQC

10.7 Coûts

Les frais facturés par la SMOB pour l'évaluation d'une demande de reconnaissance/reconnaissance couvrent les coûts de maintenance de la base de données du SMOB ainsi que les coûts de l'examen du dossier et des visites d'experts sur place.

10.8 Possibilités pour les centres non reconnus

- Les centres non reconnus ont la possibilité de demander au service du médecin-conseil de l'organisme de financement concerné l'approbation des coûts dans chaque cas individuel. Le médecin-conseil contacté a le droit de demander la preuve que la prestation de services prévue sera effectuée conformément aux exigences des directives médicales du SMOB.
- Les centres qui ne sont pas reconnus par le SMOB peuvent faire appel à la Commission de recours du SMOB. Cette commission est composée de trois membres de la SMOB qui sont élus lors de l'assemblée générale annuelle de la SMOB et qui sont indépendants du Conseil. La Commission de recours examine les arguments du Centre et la mesure dans laquelle la décision de la Commission du SMOB est justifiée. Elle informe par écrit le Centre et le conseil d'administration du SMOB de ses conclusions. Si la Commission d'appel est d'avis que le recours est ou pourrait être justifié, le Conseil d'administration, avec un membre délégué de la Commission d'appel, doit réexaminer la demande du Centre lors de sa prochaine réunion.

11 Publication de la liste des centres reconnus

- Une liste des centres d'obésité agréés par la SMOB pour le traitement chirurgical de l'obésité et répondant à toutes les exigences est publiée sur le site web du SMOB (www.smob.ch).
- Cette liste est mise à jour deux fois par an. Le site de l'OFSP renvoie par un lien au site du SMOB.

12 Autres

12.1 Demande d'extension des indications de la chirurgie bariatrique

Dans le cadre de l'évolution des connaissances médicales, le conseil d'administration de la SMOB peut demander à la Commission fédérale des prestations et des principes (CFPP) la prise en charge des coûts pour d'autres indications, pour autant que l'efficacité, l'adéquation et l'économicité aient été prouvées.

13 Annexes

13.1 Évaluation psychiatrique

13.1.1 But et objectifs de l'évaluation d'un point de vue médical

- Identification des troubles psychologiques importants et des facteurs de risque psychosociaux.
- Identification des stratégies d'adaptation.
- Appréciation de l'influence des styles de dépassement sur la genèse de l'obésité morbide (fonction des troubles du comportement alimentaire).
- Estimation de l'influence de ces styles d'adaptation sur le résultat à long terme.
- Diminution du risque de drop out post opératoire par l'estimation précise de la compliance, de l'adhérence et du style de gestion des conflits des patients.

13.1.2 Objectif et buts de l'évaluation du point de vue du patient

- Sensibilisation aux relations intimes entre : 1) stress et comportement alimentaire et 2) stress et exercice physique.
- Sensibilisation aux effets physiques et psychologiques de la chirurgie bariatrique.
- Ouverture d'un espace pour la décision "libre" de se faire opérer.
- Préparation à un consentement informé avec le but de pouvoir le reconsidérer (y réfléchir).
- Proposition, si nécessaire, d'un accompagnement psychothérapeutique avant et après l'opération.
- Estimation des besoins de prise en charge pour les troubles psychiatriques (dépression, risque de suicide, gestion des conflits, troubles du comportement alimentaire mêlés de honte)

13.1.3 Conditions préalables à l'accomplissement des tâches énoncées aux points 1 et 2 ci-dessus

Les compétences nécessaires à la reconnaissance et au diagnostic des maladies psychiques, incluant les troubles alimentaires, de même que leurs échelles de gravité, leur histoire naturelle sans traitement et leurs thérapies basées sur l'évidence sont un préalable nécessaire à cette évaluation.

13.1.4 Conduite de l'évaluation

L'évaluation préopératoire est réalisée par un entretien psychologique combiné à l'analyse de questionnaires standardisés remplis par les patients. L'entretien clinique a pour but de dépister une pathologie psychique actuelle (symptômes de dépression, de troubles anxieux ou psychotiques, abus de substance et troubles du comportement alimentaire). Il permet également d'évoquer la possibilité d'abus et/ou d'autres vécus traumatisants. Il embrasse les traitements psychiatriques antérieurs, les facteurs de stress psycho-sociaux, les sources de conflits et les attentes du patient à propos de son opération bariatrique.

De plus, au cas où ni l'interniste/endocrinologue ni le chirurgien ne l'ont déjà fait, on ajoutera une évaluation précise du comportement alimentaire. Seront spécifiquement recherchés les comportements suivants : Binge Eating, Night Eating syndrome, comportements compensatoires (abus de laxatifs, sport excessif), grignotages (consommation permanente de petites portions du matin au soir), alimentation émotionnelle et dépistage des troubles de l'image corporelle (perception interne de l'image donnée à l'extérieur). L'entretien doit éclaircir la question d'abus sexuels éventuels, estimer les conséquences de la perte de poids pour l'entourage privé et professionnel, et évaluer les ressources cognitives et mentales du patient. En cas de nécessité, un Structured Clinical Interview for Axis I Disorders (SCID-I) peut être conduit pour dépister des troubles psychiques que l'entretien aurait fait suspecter.

13.1.5 Instruments psychométriques

L'utilisation de questionnaires remis aux patients permet parfois de réduire le temps de l'entretien tout en ouvrant des pistes à investiguer qui n'étaient pas envisagées dans le cadre initial de l'entretien.

La SMOB recommande l'usage des instruments suivants ci-dessous.

Pour le screening des symptômes psychopathologiques, la Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R); pour estimer la qualité de vie la Short Form Survey (SF-36); pour estimer le niveau d'anxiété et de dépression la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); pour évaluer le degré d'hostilité le State-Trait Anger Inventory (STAXI); pour définir les troubles du comportement alimentaires le Questionnaire Alimentaire (Fragebogen zum Essverhalten (FEV)); pour évaluer le comportement alimentaire et les problèmes liés au surpoids l'IEG; pour les troubles de l'image corporelle le questionnaire idoine (Fragebogen zum Körperbild (FKB-20)); pour percevoir les traits de personnalité le NEO Personality Inventory Revised (NEO-PI-R) et, enfin, pour délimiter l'influence des émotions sur l'alimentation le SEK-27.

13.1.6 Contre-indications psychiatriques à une opération bariatrique

Une condition psychiatrique significative peut poser une contre-indication relative à un geste bariatrique. Citons notamment:

- Un abus de substance active (alcool, médicaments, drogues)
- Trouble psychotique actif (psychose aiguë, schizophrénie paranoïde décompensée)
- Troubles affectifs majeurs non contrôlés par le traitement (Major Depression)
- Troubles sévères de la personnalité (états borderline)
- Troubles alimentaires majeurs non compensés (Bulimia nervosa, binge eating disorder)
- Retard mental sévère et troubles apparentés

Il peut se révéler utile chez ces patients de leur proposer une psychothérapie préopératoire, et donc de différer l'intervention.



13.2 Enquêtes de suivi

13.2.1 Calendrier et contenu des examens de suivi

Les recommandations correspondantes peuvent être consultées sur le site web du SMOB.

13.2.2 Micronutriments (symptômes de carence, interactions)

Les recommandations correspondantes peuvent être consultées sur le site web du SMOB.

13.3 CHOP-Codes

La liste actuelle valide et détaillée des codes CHOP ainsi que des codes AQC utilisés par Adjumed se trouve sur le site www.smob.ch.

Les codes utilisés par Swiss-DRG et l'Office fédéral de la statistique ne reflètent pas de manière adéquate la réalité et la diversité des interventions de chirurgie bariatrique. Le SMOB utilise des codes étendus pour l'enregistrement dans la base de données AQC

13.4 Classification ASA (American Society of Anesthesiologists)

ASA 1 Patient en bonne santé.

ASA 2 Patient avec maladie systémique modérée sans influence sur sa qualité de vie

ASA 3 Patient avec maladie systémique sévère influant sur sa qualité de vie

ASA 4 Patient avec maladie systémique grave menaçant sa vie

ASA 5 Patient moribond, qui ne survivra pas sans intervention.

La classification ASA bien connue décrit le risque de morbidité et de mortalité



13.5 Edmonton Obesity Staging System (EOSS)

L'Edmonton Obesity Staging System permet l'évaluation individualisée de la gravité d'une obésité et décrit par là la complexité des patients bariatriques ; il ne permet par contre aucune conclusion ni sur le risque opératoire concret d'un patient particulier, ni sur la complexité d'une intervention chirurgicale bariatrique.

Stade	Description	Traitement
0	Aucun facteur de risque associé à l'obésité (TA, lipides, glucose normaux), absence de symptômes physiques ou de limitation fonctionnelle et/ou de la qualité de vie (QoL)	Identification des facteurs de risque, conseils de prévention d'une prise de poids supplémentaire par modifications du style de vie, incluant alimentation saine et activité physique
1	Facteurs de risque subcliniques présents (HTA limite, intolérance au glucose, élévation des enzymes hépatiques), symptômes physiques modérés (dyspnée, douleurs, fatigabilité), symptômes psychiques légers, limitation fonctionnelle et/ou de la QoL modérée)	Recherche d'autres facteurs de risque non liés à l'obésité, interventions intensives pour modifier le style de vie, incluant régimes et programmes d'activité physique, pour prévenir toute prise de poids supplémentaire. Surveillance des facteurs de risque et de l'état de santé.
2	Maladies associées à l'obésité établies (HTA, diabète de type II, syndrome d'apnées du sommeil, arthrose, ovaires polykystiques, état anxieux etc.), limitation fonctionnelle et/ou de la QoL sévère.	Début du traitement de l'obésité avec introduction des techniques comportementales, des médicaments et de la chirurgie bariatrique. Surveillance et traitements serrés des comorbidités actives.
3	Atteinte terminale d'organes (infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, complications diabétiques, arthrose invalidante, pathologie psychiatrique significative, atteinte majeure de la mobilité et/ou de la qualité de vie)	Traitement intensif de l'obésité au moyen des techniques comportementales, des médicaments et d'interventions de chirurgie bariatrique. Traitement agressif des comorbidités actives.
4	Invalidité sévère ou terminale due aux comorbidités de l'obésité, psychopathologie invalidante, limitation fonctionnelle et/ou de la QoL majeure	Management agressif comme au stade 3 associé à des mesures palliatives (traitements antalgiques, thérapies occupationnelles et soutien psychosocial).

Tab. 7: Edmonton Obesity Staging System et recommandations thérapeutiques.

13.6 Obesity Surgery-Michigan Risk Score (OS-MRS)

L'échelle OS-MRS prédit le risque de complications post-opératoire à 30 jours. Ni le BMI ni le caseload n'atteignent ici le seuil de significativité.

Les facteurs suivants prédisent la survenue d'une complication :

Type d'intervention (Reference LAGB)	Odds Ratio
BPD-DS	9.68
LRYGB	3.58
ORYGB	3.51
SG	2.46
Facteurs liés au patient	
Antécédents de thrombose veineuse	1.90
Limitation de la mobilité	1.61
Maladie coronarienne	1.53
Age > 50 ans	1.38
Affection pulmonaire (COPD)	1.37
Sexe masculin	1.26
Tabagisme	1.20

Tab. 8: Facteurs de risque significatif selon OS-MRS 2011.

L'analyse de régression pour prédire la probabilité d'une complication (=Odds) est :

$$\text{Odds} = \text{EXP} \left([-5.12] + 2.2702 \times [\text{BPD-DS}] + 1.2759 \times [\text{LRYGB}] + 1.2556 \times [\text{ORYGB}] + 0.8988 \times [\text{SG}] + 0 \times [\text{LAGB}] + 0.6410 \times [\text{Thrombose}] + 0.4784 \times [\text{Mobilité}] + 0.4260 \times [\text{Koron.HK}] + 0.3225 \times [\text{Alter}>50] + 0.3150 \times [\text{COPD}] + 0.2321 \times [\text{Mann}] + 0.1797 \times [\text{Raucher}] \right)$$

EXP Äquivalent von e^x , e = basaler natürlicher Logarithmus (2.718)
 [] oui = 1, non = 0

Finks, Jonathan F., Kole, Kerry L., Yenumula, Panduranga R., English, Wayne J., Krause, Kevin R., Carlin, Arthur M., Genaw, Jeffrey A., Banerjee, Mousumi, Birkmeyer, John D., Birkmeyer, Nancy J. :Predicting risk for serious complications with bariatric surgery. *Annals of Surgery*, 2011 (254): 633

14 Littérature

1. Consensus sur le traitement de l'obésité en Suisse II, 2006, www.asemo.ch
2. Glättli A: Operative Adipositasbehandlung – Neue Fassung der Krankenpflegeleistungs-Verordnung (KLV). SAeZ 2005, 86: 1450-1451
3. Fried M et al. Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery. *Obes Surg* 2014; 24 :42-55
4. SAGES guidelines committee: SAGES guideline for clinical application of laparoscopic bariatric surgery. *Surg Endosc* 2008, 22: 2281-2300
5. AACE/TOS/ASMBS medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Surg Obes Relat Dis* 2008, 4: S109-S184
6. Michalsky M et al. ASMBS pediatric committee best practice guidelines. *Surg Obes Relat Dis* 2012. 8 :1-7.
7. Beamish AJ et al. Bariatric surgery in adolescents. What do we know so far? *Scand J Surg* 2015 ; 104 : 24-32
8. <http://www.akj-ch.ch/fachpersonen/angebote.html>; www.akj-ch.ch/fachpersonen.html
9. Jaques, J., Micronutrition for the Weight Loss Surgery Patient., Edgemont PA; Matrix Medical Communications, 2006
10. Allis L., Blankenship J., Buffington C., Furtado M., Parrott J. AMBS Allied Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient; *Surg Obes Relat Dis*; 2008; 4(5): S73-S108
11. Mechanick J., Kushner R., Sugerman H, Gonzalez-Campoy M., Cholazo-Clavell M., Guven S., Spitz A., Apovian C., Livingston E., Brolin R, Sarwer D., Anderson W., Dixon J. AACE/TOS/ASMBS Bariatric Surgery Guidelines *Endocr Pract*; 2008; 14 (Suppl 1)
12. Heber D., Greenway FL., Kaplan LM., Livingston E., Salvador J., Still C., Endocrine Society
Endocrine and nutritional management of the post-bariatric surgery patient: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline
J Clin Endocrinol Metab; 2010: 95(11); 4823-43
13. Torres AJ., Rubio MA.
The Endocrine Society's Clinical Practice Guide on endocrine and nutritional management of the post-bariatric surgery patient: Commentary from a European Perspective
Eur J Endocrinol; 2011: 165(2) 171-6
14. Sharma A.M., Kushner R.F.; *Int J Obes*, 2009
15. Padwal, Raj S., Pajewski; Nicholas M., Allison, David B., Sharma, A.M.
16. Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity, *Canadian Medical Association Journal*, 2011, 10.1503/cmaj.110387
17. Bariatric surgery for morbid obesity: Health implications for patients, health professionals and third-party payers. 2004 ASBS Consensus Conference Statement. *Surg Obes Relat Dis* 2005, 1: 371-381
18. Interdisciplinary European Guidelines for Surgery for Severe (morbid) Obesity. IFSO-EC expert panel. *Obes Surg* 2007, 17: 260-270



19. Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery. IFSO-EC expert panel. *Obes Surg* 2014, 24: 42-55
20. ASMBS pediatric committee best practice guidelines. *Surg Obes Relat Dis* 2012, 8: 1-7.
21. Indications for Surgery for Obesity and Weight-Related Diseases: Position Statements from the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). *Obes Surg* 2016; 26: 1659-1696
22. Eric J. Leroux, John M. Morton, Homero Rivas
Increasing Access to Specialty Surgical Care. Application of a New Resource Allocation Model to Bariatric Surgery
Ann Surg 2014 (260): 274-278
23. John M. Morton, Trit Garg, Ninh Nguyen
Does Hospital Accreditation Impact Bariatric Surgery Safety?
Ann Surg 2014 (260): 504-509



15 Abréviations

AQC	Groupe de travail pour l'assurance qualité en chirurgie
OFSP (BAG en allemand)	Office Fédéral de la Santé Publique
BMI	Body Mass Index
CFPP (ELGK en allemand)	Commission Fédérale des Prestations générales et des principes
CDCS (GDK en allemand)	Conférence des Directeurs cantonaux de la Santé
MHS (HSM en allemand)	Médecine Hautement Spécialisée
LAMal (KVG en allemand)	Loi sur l'Assurance Maladie
OPAS (KLV)	Ordonnance sur les Prestations de L'assurance de soins
T2DM	Diabète sucré de type 2



Redesign van de
gezondheidszorgadministraties

Redesign des administrations
de soins de santé

Rapport de l'audit « Proof of concept »

Chirurgie bariatrique

Parcours de soins et données de séjours hospitaliers

Initiateur : Service Audit des Hôpitaux

Numéro de projet : A19-01-CHIRBAR

Version du : 12-02-2020

Personne de contact Audit des Hôpitaux : Nick De Swaef



Abstract

On observe, ces dernières années, dans notre société, une nette augmentation de l'obésité associée à de nombreux facteurs de comorbidités. En Belgique, il existe d'importantes variations au niveau des parcours de soins et pratiques de travail en chirurgie bariatrique.

Le service « Audit des Hôpitaux », dépendant d'une structure fédérale de co-gouvernance (AFMPS, INAMI et SPF SPSCAE), a étudié ce sujet dans le cadre du « proof of concept ». L'audit de la chirurgie bariatrique a comme objectifs généraux d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins de santé au citoyen, et d'optimiser l'utilisation des moyens de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le service Audit a réalisé des analyses de données pour les 97 hôpitaux belges présentant des séjours hospitaliers de chirurgie bariatrique en 2016 (facturation d'un des 3 codes de nomenclature des prestations de santé (NPS) ('241780', '241824' ou '241846') et/ou séjours classés dans l'APR-DRG (All Patient Refined - Diagnosis Related Groups) 403 (Procédures pour obésité) et/ou séjours avec un diagnostic principal (DP) issu de la catégorie E66 (Overweight and obesity) et classés dans un APR-DRG chirurgical). Les résultats globaux sont présentés dans divers graphiques et les hôpitaux peuvent se comparer sur base de certaines variables via une clé d'identification.

Le service Audit des Hôpitaux a audité 19 hôpitaux belges sélectionnés et a pu observer le processus général de prise en charge du patient obèse, mais aussi vérifier le respect de la NPS et des directives de codage RHM (résumé hospitalier minimum) et ce, au travers de l'analyse de 12 dossiers de patients sélectionnés de façon aléatoire dans un panel de séjour (date de sortie en 2016) ayant un DI-RHM (données infirmiers, résumé hospitalier minimum).

Certaines disparités sont observées au niveau du parcours de soins du patient obèse en chirurgie bariatrique : organisation des prises en charge pré- et postopératoires, type d'exams complémentaires et consultations pré- et postopératoires systématiquement réalisés, usage de pompes analgésiques et technique opératoire préférentiellement utilisée. L'analyse des séjours de chirurgie bariatrique présente, entre autres, le score moyen de 9 critères émanant de la nomenclature et des procédures de codage. La documentation d'un régime d'un an et l'organisation de la concertation bariatrique multidisciplinaire avec rapport signé et daté représentent les points les plus problématiques pour les institutions.

Le suivi des patients opérés au-delà de 2 ans après la chirurgie est rare selon les équipes de chirurgie bariatrique. Les obstacles à ce suivi à moyen et long terme sont d'ordre financier, organisationnel ou liés au manque de compliance des patients. La prise en charge d'un patient obèse en chirurgie bariatrique devrait s'inscrire dans un parcours de soins coordonné avec suivi pré- et postopératoire multidisciplinaire. Il serait donc important de cadrer les compétences et de mobiliser les ressources nécessaires pour l'ensemble de ce parcours de soins.



Table des matières

1	Introduction	7
2	Objectifs généraux	7
3	Objectifs spécifiques	8
4	Méthodologie.....	8
4.1	Phase préparatoire	9
4.1.1	Données fédérales couplées	9
4.1.2	Questionnaires et préparation de la visite d’audit	10
4.2	Phase observatoire	11
4.2.1	Etude du trajet de soins	11
4.2.2	Items infirmiers	12
4.2.3	Etude des 12 séjours de chirurgie bariatrique	12
4.3	Phase de suivi.....	12
4.3.1	Compte rendu personnalisé suite à la visite	12
4.3.2	Rapport global.....	12
5	Résultats.....	14
5.1	Résultats globaux	14
5.1.1	Répartition des séjours par code de nomenclature de chirurgie bariatrique attesté	14
5.1.2	Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par sexe.....	17
5.1.3	Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par catégorie de Body Mass Index.....	19
5.1.4	Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par catégorie d’âge	22
5.1.5	Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par durée de séjour	24
5.1.6	Interactions de variables.....	26
5.1.7	Pourcentage des séjours avec pompe analgésique PCA, par hôpital	34
5.2	Résultats spécifiques aux audits	35
5.2.1	Trajet de soins	35
5.2.2	Dossiers audités	42
5.2.3	DPI selon certains critères BMUC	52
5.2.4	Items infirmiers	55
6	Synthèse de toutes les suggestions des hôpitaux audités.....	60
7	Autres observations relevées par le service audit	61



7.1	Réinterventions.....	61
7.2	Codes attestés et interventions effectivement réalisées	62
8	Discussion.....	64
8.1	Résultats globaux, trajet de soins et séjours audités.....	64
8.1.1	Bilan préopératoire	65
8.1.2	Information du patient.....	65
8.1.3	REGIME (item 18).....	66
8.1.4	CBM (item 19)	66
8.1.5	Techniques chirurgicales.....	67
8.1.6	Suivi postopératoire.....	68
8.1.7	REGISTRE (item 29)	69
8.1.8	PRINDIAG (item 07).....	70
8.1.9	BMI (item 08)	70
8.1.10	ICD-10-BE BMI (item 09)	70
8.1.11	PROTOCOLE EN ADÉQUATION AVEC LE CODE DE NOMENCLATURE (item 23)	71
8.1.12	PROC ICD-10-BE (item 24).....	72
8.1.13	LETTRE DE SORTIE (item 27)	73
8.2	DPI et items infirmiers	73
8.2.1	Critères BMUC.....	73
8.2.2	Items infirmiers	74
9	Conclusion.....	75
10	Annexes.....	78
11	Bibliographie	97



Table des figures

Figure 1: Répartition des séjours par code de nomenclature de chirurgie bariatrique attesté....	14
Figure 2: Liste partielle des autres codes de nomenclature attestés.....	15
Figure 3: Répartition des types intervention par hôpital.....	16
Figure 4: Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par sexe.....	17
Figure 5: Répartition des séjours bariatriques selon le sexe, au sein de chaque hôpital.....	18
Figure 6: Nombre et pourcentage d'interventions de chirurgie bariatrique par catégorie de BMI.....	19
Figure 7: Nombre et pourcentage d'intervention de chirurgie bariatrique par catégorie de BMI et par hôpital.....	20
Figure 8: Pourcentage de séjours bariatriques sans codage ICD-10-BE du BMI par hôpital.....	21
Figure 9: Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par catégorie d'âge.....	22
Figure 10: Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par catégorie d'âge et par hôpital..	23
Figure 11: Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par durée de séjour.....	24
Figure 12: Distribution des durées de séjour de chirurgie bariatrique par hôpital.....	25
Figure 13: Type d'intervention de chirurgie bariatrique par catégorie de BMI.....	26
Figure 14: Répartition des types d'intervention de chirurgie bariatrique par catégorie d'âge....	27
Figure 15: Répartition homme-femme par type d'intervention de chirurgie bariatrique.....	28
Figure 16: Répartition homme-femme par catégorie de BMI.....	29
Figure 17: Répartition homme-femme par catégorie d'âge.....	30
Figure 18: Nombre de séjours de chirurgie bariatrique par catégorie d'âge et de BMI.....	31
Figure 19: Nombre de séjours selon le type d'intervention de chirurgie bariatrique et le type d'intervention.....	32
Figure 20: Répartition Durée de séjours de chirurgie bariatrique selon le type d'intervention par hôpital.....	33
Figure 21: Pourcentage de séjours de chirurgie bariatrique avec pompe analgésique PCA par hôpital.....	34
Figure 22: Item07 PRINDIAG.....	42
Figure 23: Item 08 BMI dossier.....	43
Figure 24: Item 09 BMI-ICD-BE.....	44
Figure 25: Item 18 Régime.....	45
Figure 26: Item 19 Concertation bariatrique multidisciplinaire.....	46
Figure 27: Item 20 Echographie abdominale.....	46
Figure 28: Item 21 Endoscopie.....	47
Figure 29: Item 23 Protocole en adéquation avec le code de nomenclature.....	48
Figure 30: Item24 Code de procédure ICD-10-PCS.....	49
Figure 31: Item26 Pompe analgésique PCA.....	50



Figure 32: Item 27 Lettre de sortie.....	50
Figure 33: Item 29 Registre.....	51
Figure 34: Comparaison du niveau d'identification unique entre l'enquête SPF et la situation auditée.	53
Figure 35: Comparaison de la population de prescription électronique selon l'enquête SPF et la situation auditée.	54
Figure 36: Comparaison du niveau de communication HUB selon l'enquête et la situation auditée.	55
Figure 37: Répartition des réinterventions.	62
Figure 38: Score le plus bas, moyen et le plus élevée de tous les séjours audités pour 9 items. ..	64

Table des annexes

Annexe 1: Questionnaire trajet de soins.....	78
Annexe 2: Questionnaire avec 29 items pour analyse des dossiers séjours.	79
Annexe 3: Questionnaire BMUC et items infirmiers.	80
Annexe 4: Courrier générale audit des hôpitaux.	83
Annexe 5: Courrier annonce hôpitaux sélectionnés pour l'audit chirurgie bariatrique.	87
Annexe 6: Check-list audit chirurgie bariatrique.....	90
Annexe 7: Planning audit chirurgie bariatrique.....	93
Annexe 8: Autres codes de nomenclature facturés dans le cadre de séjours classés dans un APR- DRG 403 et/ou dont le diagnostic principal est issu de la catégorie E66 et classés dans un APR- DRG chirurgical.	94



Abréviations

ADH	Séjours en Hospitalisation de jour
AFMPS	Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé
AINS	Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
APR-DRG	All Patient Refined-Diagnosis Related Groups
BMF	Budget des Moyens Financiers
BMI	Body Mass Index
BMUC	Belgian Meaningful Use Criteria
CBM	Concertation Bariatrique Multidisciplinaire
CI	Contre Indication
DAV	Diagnostic d'Admission Vérifié
DI-RHM	Données Infirmières-Résumé Hospitalier Minimum
DM-RHM	Données Médicales-Résumé Hospitalier Minimum
DP	Diagnostic Principal
DPI	Dossier Patient Informatisé
ECG	Electrocardiogramme
EFR	Epreuve Fonctionnelle Respiratoire
EN	Echelle Numérique
EVA	Echelle Visuelle Analogique
HB	Helicobacter Pylori
HGPO	Hyper Glycémie Provoquée par voie Orale
HH	Hernie Hiatale
ICD-10-BE	International Classification of Diseases-10 th Revision- Belgium
ICD-10-PCS	International Classification of Diseases-10 th Revision-Procedure Coding-System
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
INVR	Index of Nausea Vomiting and Retching
IV	Intra Veineux
NPS	Nomenclature des Prestations de Santé
OED	Œsophage-Estomac-Duodénum
PCA	Patient Controlled Analgesia
POC	Proof Of Concept
RAAC	Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie
RGO	Reflux Gastro Œsophagien
RHM	Résumé Hospitalier Minimum
RSS	Règlement Soins de Santé
SADI	Single Anastomosis Duodéno Iléal
SECM	Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux
SHA	Séjours Hospitaliers Anonymes
SPF SPSCAE	Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement
SPOC	Single Point Of Contact



1 Introduction

Dans le cadre du 'redesign' des services publics, le gouvernement a créé un certain nombre de passerelles entre les services fédéraux de santé, dont le service « Audit des Hôpitaux », fruit d'une coopération entre le Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE), l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) et l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS).

L'audit des hôpitaux est défini comme un domaine prioritaire dont le principe est défini dans le plan d'action en matière des soins de santé 2018-2020. Il est axé sur l'utilisation efficace des ressources financières dans le secteur des soins de santé.

L'objectif de la collaboration entre les services fédéraux est d'une part, d'améliorer la qualité des services en augmentant la transparence et la simplicité de la supervision des hôpitaux par les différentes autorités et d'autre part, d'améliorer l'efficacité et l'efficacités de la supervision d'un processus de soins dans son ensemble. Dans ce contexte, tous les aspects de la supervision des trois institutions fédérales sont étudiés lors d'une seule visite d'audit et ce, afin de rendre la supervision plus efficace, simple et transparente.

L'audit des hôpitaux est dans une phase « proof of concept » (POC). Sa méthodologie est au stade expérimental, le but étant d'en démontrer la faisabilité et de l'adapter si nécessaire.

2 Objectifs généraux

L'objectif du service « Audit des hôpitaux » est d'une part de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins en utilisant de façon optimale les ressources disponibles et d'autre part, de vérifier la conformité avec la réglementation en vigueur.

Dans ce cadre, sont évalués le processus général de travail et le respect de la nomenclature des prestations de santé (NPS), des normes et des directives de codage RHM (résumé hospitalier minimum) et ce, au travers de dossiers de patients sélectionnés. Ainsi, l'ensemble du processus global de soins (médical, infirmier, pharmacie) peut être examiné. Les points forts de l'institution peuvent donc être ainsi mis en évidence de même que les points auxquels elle devrait être attentive.

Les audits des hôpitaux invitent à des projets d'amélioration au niveau des hôpitaux et des prestataires de soins, en mettant l'accent sur la communication, le feedback et le monitoring. L'analyse anonymisée de type benchmarking devrait permettre également aux institutions de se positionner les unes par rapport aux autres en termes de pratiques de travail.



3 Objectifs spécifiques

Le premier thème d'audit thématique concerne la chirurgie bariatrique.

Une nette augmentation de l'obésité associée à de nombreux facteurs de comorbidité est observée ces dernières années dans notre société. Ceci engendre des coûts financiers importants pour la sécurité sociale. Le traitement chirurgical est un des traitements possibles de l'obésité dont le prix ainsi que le coût des éventuelles complications per et postopératoires doivent être pris en compte.

Ce type de chirurgie est soumis à un certain nombre de critères selon les directives internationales et selon la nomenclature des prestations de santé.

L'objectif de cet audit est d'une part, de mettre en évidence les différents aspects du trajet de soins du patient obèse pris en charge en chirurgie bariatrique et d'autre part, d'évaluer le respect des règles NPS (nomenclature des prestations de santé) et du codage RHM (résumé hospitalier minimum) au travers de dossiers de patients sélectionnés pour l'année 2016. Une analyse de type benchmarking des données couplées permet aux institutions de comparer leurs pratiques de travail.

La législation applicable en 2016 en rapport avec l'audit de chirurgie bariatrique est référencée :

- Au manuel de codage ICD-10-BE en vigueur depuis le 01/01/2015, utilisé pour enregistrer les Données Médicales du Résumé Hospitalier Minimum (DM-RHM),
- Au manuel de codage des Données Infirmières du RHM (DI-RHM) version officielle 1.6, janvier 2011,
- A la Nomenclature des Prestations de Santé (NPS annexe à l'AR du 14/09/1984) consultable sur le site de l'INAMI, et particulièrement l'art. 14d,
- Au Règlement Soins de Santé (RSS du 28/07/2003), art. 22bis et ter (notification et enregistrement d'une chirurgie bariatrique),
- Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10/07/2008.

4 Méthodologie

La méthodologie de cette session d'audit de chirurgie bariatrique comprend trois phases :

- Phase préparatoire basée sur :
 - L'analyse des données fédérales couplées,
 - L'élaboration de questionnaires destinés à étudier le trajet de soins, les séjours de chirurgie bariatrique, certains items infirmiers propres à la chirurgie bariatrique et le BMUC (Belgian Meaning for Use Criteria),
 - La préparation organisationnelle de la visite d'audit.



- Phase observatoire dans les institutions auditées reposant sur l'étude du trajet de soins du patient obèse pris en charge en chirurgie bariatrique, sur la vérification du respect de la nomenclature, des normes et des procédures de codage DM-RHM et DI-RHM.
- Phase de suivi comprenant :
 - La réalisation d'un compte rendu, personnalisé et contradictoire, des observations relevées lors de la visite et destiné à chaque institution auditée ;
 - La réalisation d'un rapport global anonymisé basé sur l'analyse des données et destiné à l'ensemble des institutions auditées ou non avec octroi d'une clé d'identification transmise à chaque institution auditée afin que chacune puisse se positionner par rapport aux autres institutions ;
 - Signalons qu'au-delà de la phase POC (Proof Of Concept), pour des sessions ultérieures d'audit, des rapports personnalisés et contradictoires avec, si nécessaire, projets d'amélioration seront transmis aux hôpitaux audités.

4.1 Phase préparatoire

4.1.1 Données fédérales couplées

La cellule technique de l'INAMI (<https://tct.fgov.be/webetct/etct-web/>) collecte les données du « Résumé Hospitalier Minimum » (RHM) provenant du Service Public Fédéral Santé Publique et les données de facturation provenant des « Séjours Hospitaliers Anonymes » (SHA) et « Séjours en Hospitalisation de jour » (ADH) transmis par les organismes assureurs.

Les séjours de chirurgie bariatrique, hormis les séjours en hospitalisation de jour, avec date de sortie en 2016, ont été sélectionnés à partir de ces données fédérales couplées selon les critères suivants :

- ❖ Présence dans la facturation d'un des 3 codes de nomenclature :
 - 241780 : « Gastroplastie de réduction (Mason, Sleeve) (pour le traitement de l'obésité) »
 - 241824 : « Gastroplastie de réduction par placement d'un anneau gastrique adaptable ("gastric banding") (pour le traitement de l'obésité) »
 - 241846 : « Gastroplastie de réduction associée à une dérivation bilio-pancréatique ou gastro-jéjunale (Scopinaro, bypass gastrique, switch duodéal) (pour le traitement de l'obésité) » et/ou
- ❖ Séjours classés dans l'APR-DRG (All Patient Refined - Diagnosis Related Groups) 403 (Procédures pour obésité) et/ou
- ❖ Séjours avec un diagnostic principal (DP) issu de la catégorie E66 (Overweight and obesity) et classés dans un APR-DRG chirurgical

Nonante-sept hôpitaux sur les 101 hôpitaux belges présentant des séjours de chirurgie bariatrique répondant à ces critères ont été classés par ordre décroissant, en fonction du nombre de séjours hospitaliers. Les 30 premiers hôpitaux présentant le plus grand nombre de séjours relatifs à la chirurgie bariatrique ont été sélectionnés.



Parmi ces 30 hôpitaux et de façon aléatoire, 19 hôpitaux ont été sélectionnés pour l'audit sur le terrain. En estimant le temps nécessaire à l'analyse d'un dossier, 12 séjours de chirurgie bariatrique avec DI-RHM ont été sélectionnés de façon aléatoire au sein de chaque hôpital.

Les hôpitaux dont un prestataire est concerné par une enquête de contrôle individuelle ou thématique SECM (Service d'Évaluation et de Contrôle Médicaux) au niveau fédéral, relatif à la chirurgie bariatrique, ont été exclus de la sélection.

4.1.2 Questionnaires et préparation de la visite d'audit

4.1.2.1 TRAJET DE SOINS

Un questionnaire a été élaboré de façon à mettre en évidence les différents aspects du trajet de soins du patient obèse pris en charge en chirurgie bariatrique. Les items de ce questionnaire sont issus d'une réflexion suite à l'étude de la littérature axée sur les recommandations et la nomenclature en chirurgie bariatrique. Il est subdivisé en 4 parties pour les différentes phases : préopératoire, opératoire, postopératoire hospitalière et postopératoire extrahospitalière (cf. annexe 1).

4.1.2.2 SÉJOURS DE CHIRURGIE BARIATRIQUE

Chaque séjour de chirurgie bariatrique a été évalué à l'aide d'un questionnaire (cf. annexe 2) dont les items émanent des règles relatives à :

- Nomenclature des prestations de santé (annexe à l'AR du 14/09/1984, particulièrement l'art. 14d,
- Règlement Soins de Santé (RSS du 28/07/2003), art. 22bis et ter (notification et enregistrement d'une chirurgie bariatrique)
- Codage ICD-10-BE (Manuel de codage ICD-10 en vigueur depuis le 01/01/2015, utilisé pour enregistrer les Données Médicales du Résumé Hospitalier Minimum (DM-RHM))
- Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10/07/2008.

La liste des items à examiner dans les dossiers de patients et les numéros de séjour ont été envoyés par mail à l'institution respectivement 2 semaines et 2 jours ouvrables avant la visite d'audit.

4.1.2.3 QUESTIONNAIRE BMUC ET ITEMS INFIRMIERS

Un questionnaire relatif à certains critères BMUC et à différents items infirmiers propres à la chirurgie bariatrique a également été transmis à l'institution deux semaines avant la visite d'audit (cf. annexe 3). Les questions relatives aux critères BMUC se focalisent sur certains aspects du Dossier Patient Informatisé en référence au plan e-Health¹ relatif à la « Mise en œuvre d'un Dossier Patient Informatisé dans les Hôpitaux belges »

¹ https://www.ehealth.fgov.be/file/view/AWjHQ9zDgwwToiwBkf13?filename=Actieplan%202019-2021%20e-Gezondheid_final.pdf – plan d'action e-Santé 2019-2021 signé le 28/01/2019, prolongation du plan e-Health 2013-2018.



Les questions propres aux items infirmiers émanent des règles relatives au Codage des Données Infirmières du RHM (DI-RHM), version officielle 1.6, janvier 2011.

Il a été demandé à l'institution d'envoyer les réponses par mail avant la visite de façon à confronter leurs réponses avec les dossiers audités.

Une analyse préalable comparative de l'enregistrement au niveau national a été réalisée par institution où un audit par l'auditeur infirmier était prévu.

4.1.2.4 PRÉPARATION DE LA VISITE

Un courrier annonçant l'audit sur le thème de la chirurgie bariatrique en Belgique a été envoyé par mail et par courrier à chaque institution pratiquant la chirurgie bariatrique (cf. annexe 4). Celui-ci informait les hôpitaux des objectifs généraux et spécifiques du projet et de sa méthodologie.

Les documents suivants ont été transmis par mail, aux institutions quelques semaines avant la visite :

- Un courrier annonçant la visite, à l'attention de chaque directeur général des institutions sélectionnées (cf. annexe 5). Ce courrier renseignait l'institution sur les objectifs généraux et spécifiques du projet, la méthode de sélection des institutions et des séjours de chirurgie bariatrique et les modalités pratiques de la visite d'audit. Au sein de l'institution, un interlocuteur devait être désigné afin de coordonner le bon déroulement de la visite d'audit (SPOC, single point of contact).
- Une check-list à compléter reprenant les informations générales relatives au service de chirurgie bariatrique et les coordonnées des personnes concernées et ce, en vue de faciliter la communication entre l'équipe d'auditeurs et l'hôpital (cf. annexe 6). Cette check-list devait être renvoyée à l'équipe d'audit ainsi que, comme y demandé, toute documentation disponible pouvant contribuer à la préparation de l'audit sur place (ex. procédures disponibles, fiches d'informations, recommandations de bonne pratique utilisées, ...).
- Le planning de la journée d'audit de chirurgie bariatrique destiné au SPOC (cf. annexe 7).

4.2 Phase observatoire

4.2.1 Etude du trajet de soins

L'équipe du service audit des hôpitaux a pu rencontrer les équipes de chirurgie bariatrique. Les différents prestataires intervenant dans le trajet de soins du patient obèse pris en charge en chirurgie bariatrique (chirurgiens, personnels soignants, service diététique, psychologues, secrétaires, ...) ont répondu aux questions des auditeurs relatives à ce trajet. Ceci a permis de mettre en évidence les différents aspects du trajet de soins du patient obèse.

Certaines institutions ont remis aux auditeurs, lors de la visite, des documents supplémentaires afin d'illustrer leurs réponses aux questions sur ce trajet de soins.

Les suggestions et réflexions émises par les équipes auditées ont aussi été relevées par l'équipe d'auditeurs (cf. point 6: Synthèse de toutes les suggestions des hôpitaux audités).



4.2.2 Items infirmiers

Les institutions auditées en présence d'un auditeur infirmier ont répondu au questionnaire concernant les items infirmiers pouvant être scorés dans le cadre de la chirurgie bariatrique en référence à la situation actuelle, de manière à pouvoir mettre en évidence les améliorations effectuées à la lumière des dossiers audités pour l'année de référence 2016.

Aucun recodage de dossiers n'a été effectué mais certaines observations ont permis d'identifier quelques erreurs d'interprétation des règles de codage de certains items. Des indications complémentaires ont été réalisées en vue d'améliorer la qualité du codage selon les règles propres à celui-ci.

4.2.3 Etude des 12 séjours de chirurgie bariatrique

Les séjours de chirurgie bariatrique sont étudiés en présence du responsable RHM et le plus souvent du chirurgien et du directeur médical. L'objectif de cette étude est de vérifier la concordance entre les éléments du dossier, le respect des règles de la nomenclature des prestations de santé, le codage RHM mais également de visualiser, à travers le dossier, le trajet de soins du patient pris en charge en chirurgie bariatrique, tel que décrit par l'équipe de chirurgie bariatrique lors de l'étude de ce trajet.

Pour les 12 séjours sélectionnés, 29 éléments d'appréciation, présents dans le questionnaire décrit ci-dessus, sont audités par la visualisation des différents rapports présents dans les dossiers des patients.

4.3 Phase de suivi

4.3.1 Compte rendu personnalisé suite à la visite

Les 19 institutions auditées reçoivent un compte rendu personnalisé des constatations effectuées lors de la visite. Ce compte rendu reprend :

- Les informations sur le trajet de soins du patient obèse ;
- Les suggestions éventuelles émises par l'institution ;
- L'analyse du questionnaire DPI ;
- L'analyse du questionnaire items infirmiers ;
- Les observations relatives à l'analyse des dossiers sélectionnés.

Ce compte rendu est accompagné d'un feedback des données DI-RHM relatives à la chirurgie bariatrique (année d'enregistrement 2016).

Les hôpitaux sont invités à formuler leurs éventuelles remarques endéans les 14 jours suivant la réception du compte rendu. En cas de réponse, un nouveau compte rendu intégrant leurs remarques leur est transmis.

4.3.2 Rapport global

La réalisation du rapport global anonymisé, basé sur l'analyse de l'ensemble des données et constats, est destiné à l'ensemble des hôpitaux.



Les résultats globaux sont issus de l'analyse des données fédérales couplées. Ils portent sur les 97 hôpitaux belges présentant des séjours hospitaliers qui répondent aux critères de sélections définis ci-dessus. Ces hôpitaux reçoivent une clé d'identification afin de pouvoir se positionner les uns par rapport aux autres.

Les résultats relatifs au trajet de soins émanent de l'analyse des informations reçues lors des audits des 19 hôpitaux sélectionnés. Le nombre d'hôpitaux répondants peut varier d'un item à l'autre en fonction du nombre d'hôpitaux pour lesquels une réponse a été obtenue pour cet item.

Les résultats propres à l'analyse des 12 séjours des hôpitaux audités sont présentés par item et par hôpital. Il s'agit des items issus des critères de remboursement de la chirurgie bariatrique et des règles de codage. Un score, représentant la moyenne des notes des séjours de chirurgie bariatrique, est attribué à chaque hôpital. Signalons que les séjours hospitaliers ne correspondant pas à la chirurgie bariatrique ne sont pas pris en compte dans le scorage.

Les scores moyens de l'ensemble des séjours audités sont repris dans un graphique radar (cf. Discussion point 8).



5 Résultats

5.1 Résultats globaux

La sélection des séjours de chirurgie bariatrique est réalisée à partir des données fédérales couplées des 97 hôpitaux belges selon la méthodologie explicitée ci-dessus, ce qui représente 15278 séjours. Les résultats anonymisés de l'analyse de ces données sont présentés de manière globale ainsi que par hôpital.

5.1.1 Répartition des séjours par code de nomenclature de chirurgie bariatrique attesté

Le bypass représente l'intervention de chirurgie bariatrique la plus fréquente en 2016 (8979 interventions, soit 59 % des séjours) suivi par la sleeve (4830 interventions, soit 32% des séjours) et le banding (360 interventions, soit 2% des séjours). L'attestation d'autres codes de nomenclature représente 7% des séjours (fig.1).

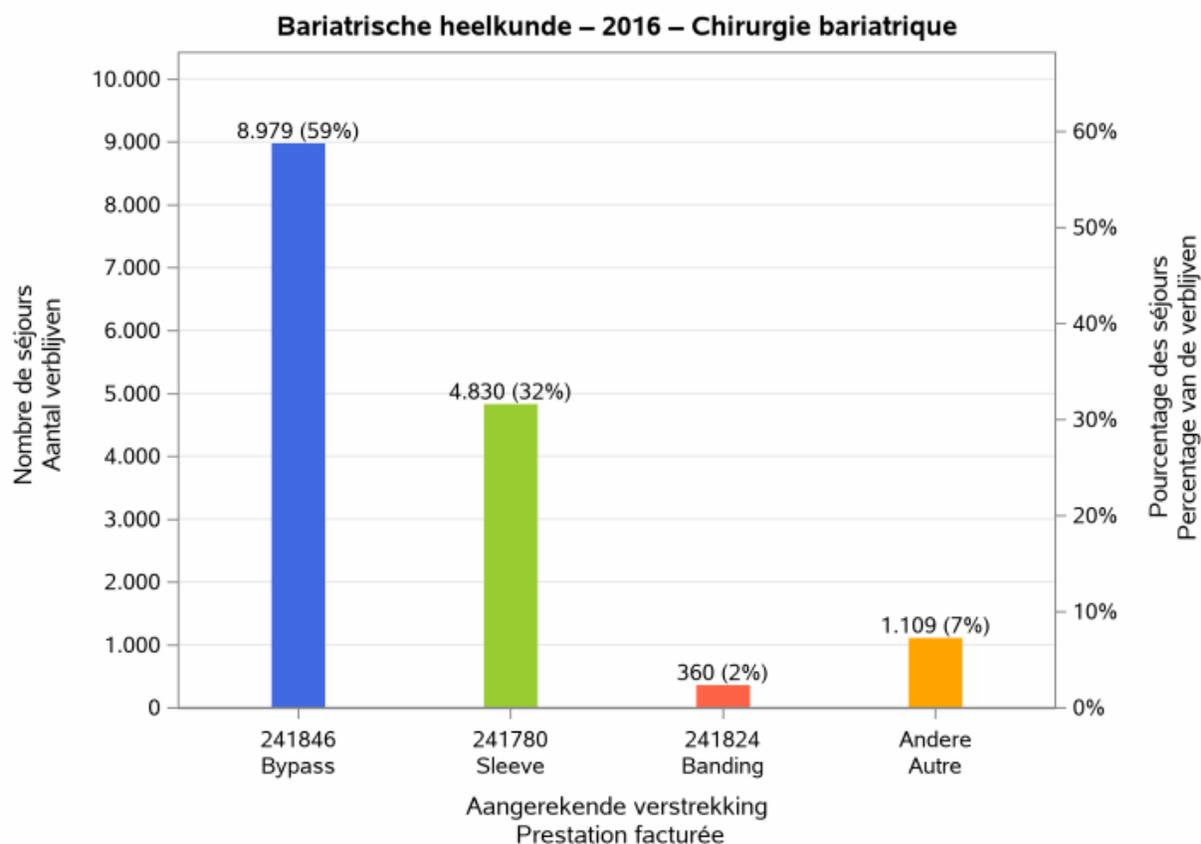


Figure 1: Répartition des séjours par code de nomenclature de chirurgie bariatrique attesté

Les autres codes de nomenclature attestés représentant au moins 1% de ceux-ci sont repris en partie dans le tableau ci-dessous (fig.2). Rappelons qu'il s'agit des codes facturés dans le cadre de séjours classés dans un APR-DRG 403 et/ou dont le diagnostic principal est issu de la catégorie E66 et classés dans un APR-DRG chirurgical. Les codes de nomenclature mentionnés dans le tableau correspondent à la prestation la plus



L'attestation d'autres codes de nomenclature que les 3 codes attestables pour les interventions de chirurgie bariatrique est typique d'un hôpital (près de 70% des codes attestés dans le cadre de l'APR-DRG 403).

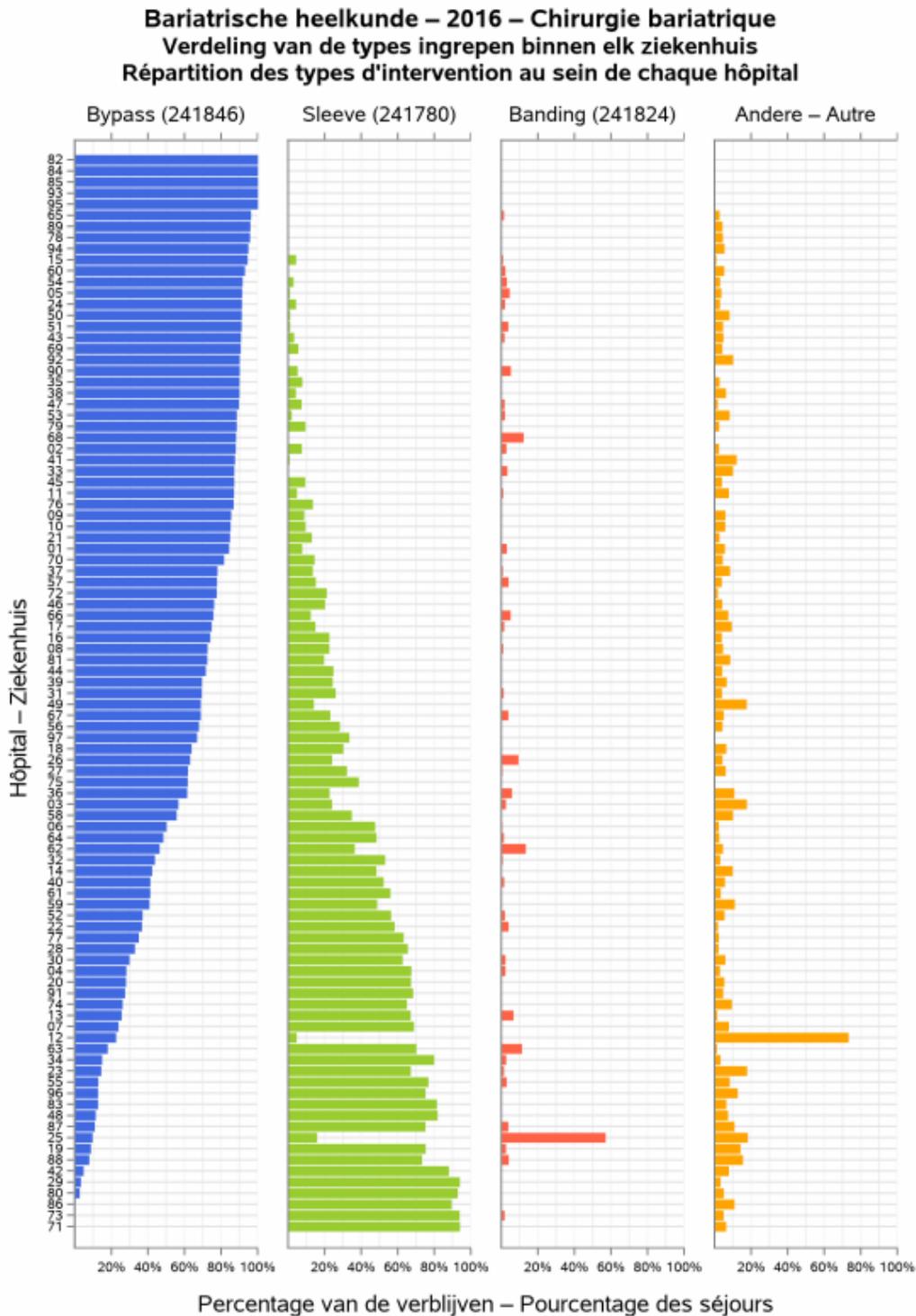


Figure 3: Répartition des types intervention par hôpital



5.1.2 Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par sexe

L'analyse de la répartition des séjours de chirurgie bariatrique par sexe (fig. n°4) montre que les femmes sont plus nombreuses à subir ce type d'intervention que les hommes, respectivement, 72% et 28%.

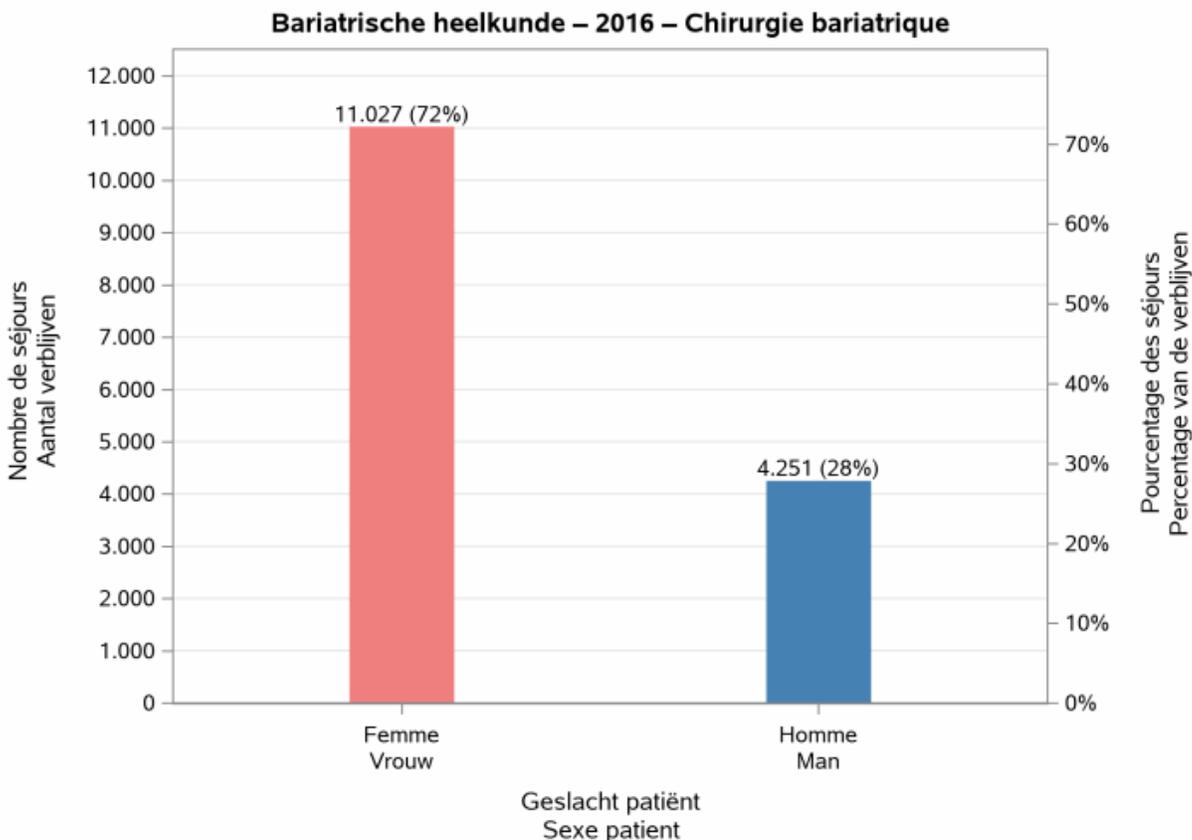


Figure 4: Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par sexe

Les résultats par hôpital, présentés dans le graphique (fig.5), confirme cette tendance mais dans des proportions différentes, variant d'une répartition de ce type d'intervention égale entre les 2 sexes à une majorité de femmes, soit un peu plus de 90%.



Bariatrische heelkunde – 2016 – Chirurgie bariatrique
Verdeling man-vrouw binnen elk ziekenhuis
Répartition homme-femme au sein de chaque hôpital

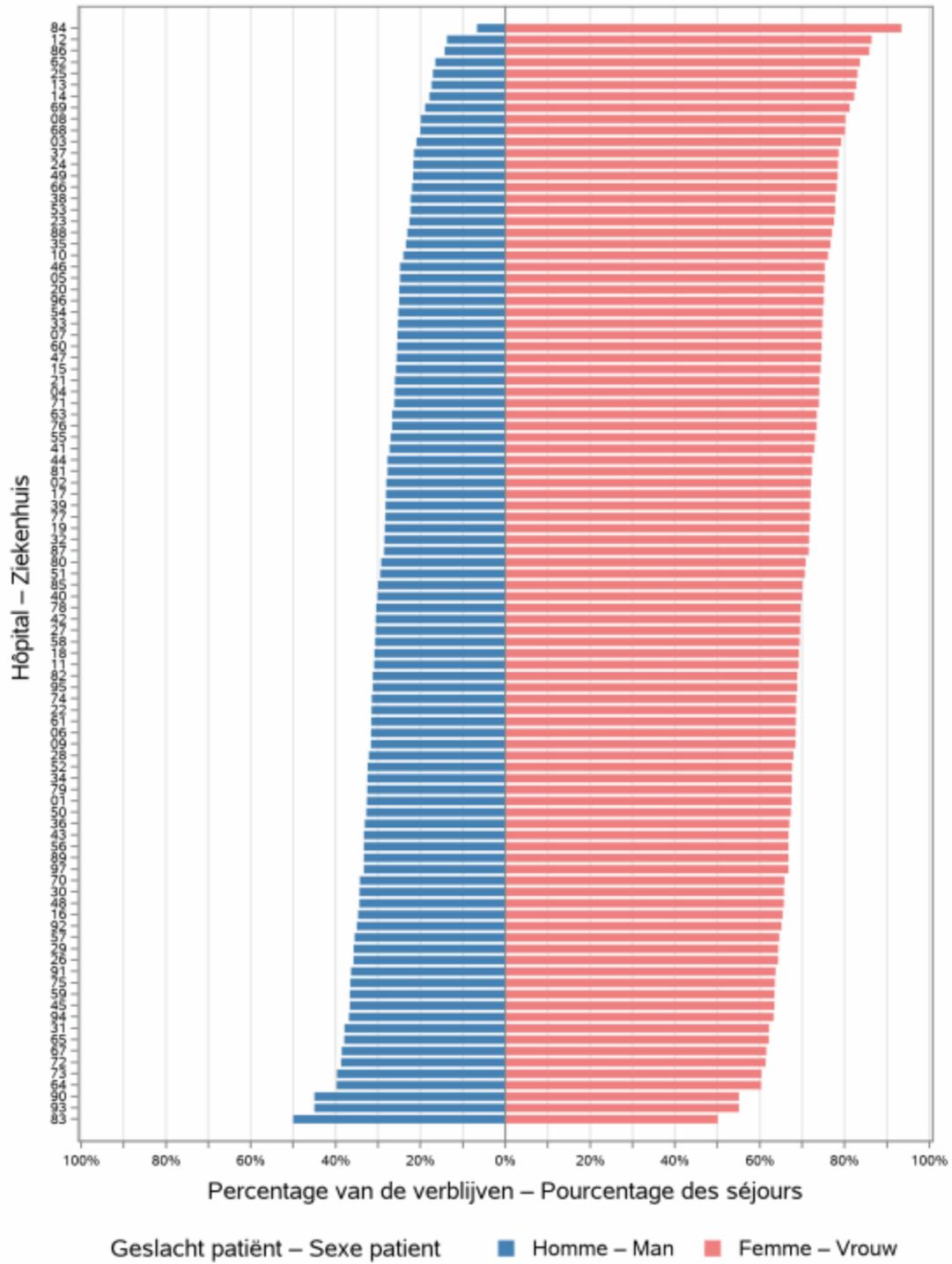


Figure 5: Répartition des séjours bariatriques selon le sexe, au sein de chaque hôpital.



5.1.3 Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par catégorie de Body Mass Index

Les nombre et pourcentage d'interventions de chirurgie bariatrique par catégorie de Body Mass Index (BMI) codés sont présentés dans le graphique ci-dessous (fig. 6). A noter que selon la règle de codage, le BMI « pédiatric » doit être utilisé pour les patients de 2 à 20 ans. Une intervention bariatrique est remboursable à partir de 18 ans.

Septante-cinq pourcents des interventions bariatriques sont réalisées chez des patients dont le BMI est compris entre 40 et 44,9 (6850 interventions, soit 45%), et entre 35 et 39,9 (4611 interventions, soit 30%). Signalons que 17% des patients ayant subi une intervention bariatrique ont un BMI égal ou supérieur à 45. Enfin le BMI n'est pas codé dans 3% des cas.

Le nombre élevé d'interventions (30%) quand le BMI est compris entre 35 et 40 suppose la présence de comorbidités (diabète, hypertension, syndrome d'apnées du sommeil) ou une situation de réintervention.

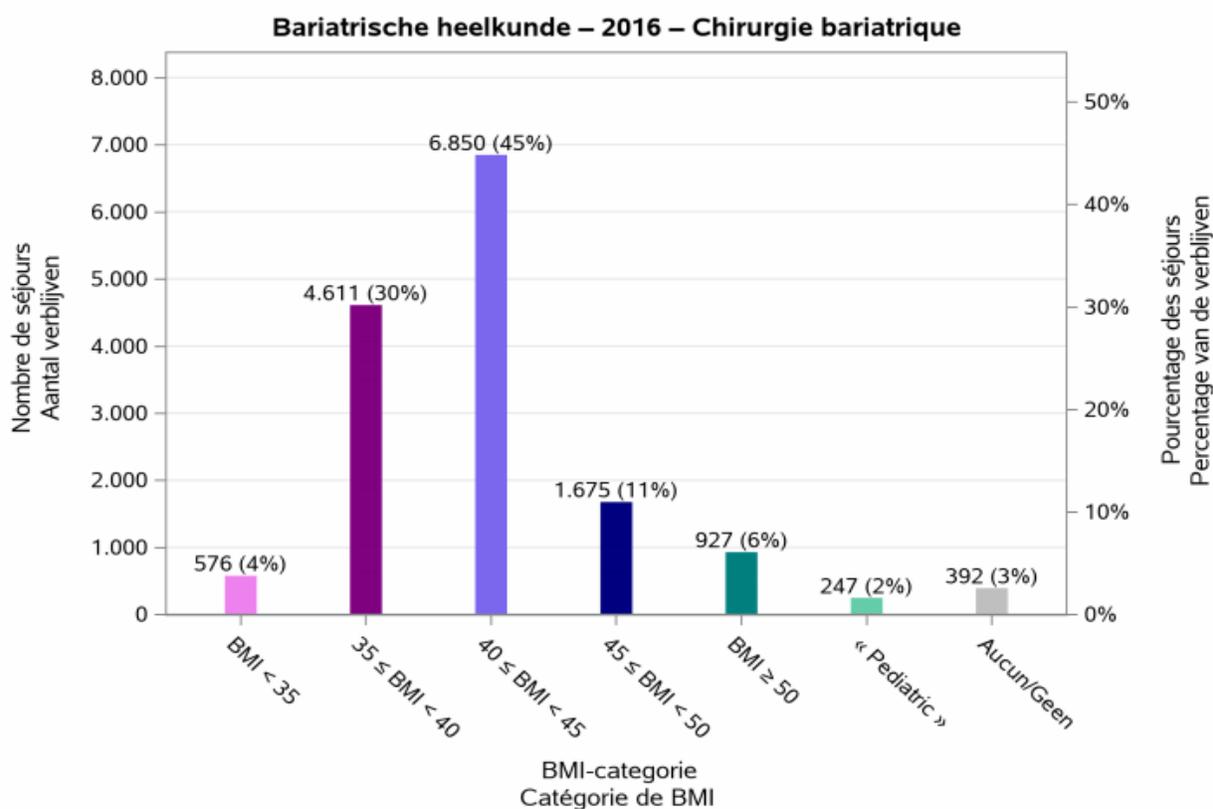


Figure 6: Nombre et pourcentage d'interventions de chirurgie bariatrique par catégorie de BMI

Ces résultats (fig.7) présentés par hôpital montrent la même tendance générale, la catégorie de patients avec BMI compris entre 40 et 44,9 étant la plus représentée. Cependant, la répartition est assez inégale d'une institution à l'autre. Certaines présentent notamment un pourcentage élevé de séjours avec catégories de BMI ≥ 35 et < 40 . Une autre se distingue par un pourcentage avoisinant les 50% de patients dont le BMI est inférieur à 35.



Bariatriche heelkunde – 2016 – Chirurgie bariatrique
Verdeling van de gecodeerde BMI binnen elk ziekenhuis
Distribution du BMI encodé au sein de chaque hôpital

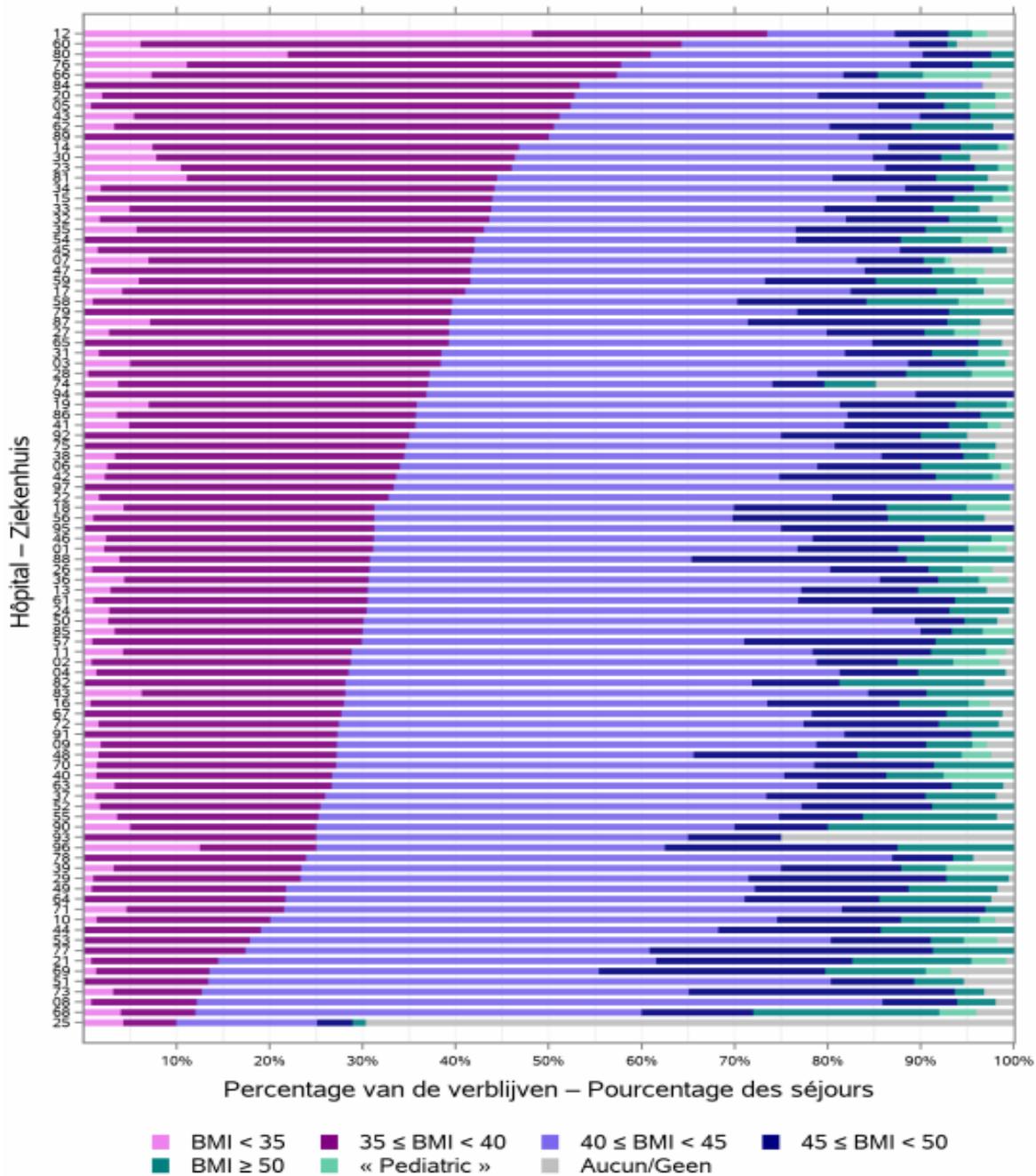


Figure 7: Nombre et pourcentage d'intervention de chirurgie bariatrique par catégorie de BMI et par hôpital.

Le graphique ci-dessous (fig.8) montre, par hôpital, le pourcentage de séjours bariatriques sans codage ICD-10-BE du BMI. Un hôpital se distingue des autres avec une absence de codage du BMI dans près de 2/3 des cas.



5.1.4 Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par catégorie d'âge

Les catégories d'âge 40-49 et 30-39 ans sont les plus représentées au sein des patients ayant subi une intervention bariatrique, soit respectivement 27% et 23% (fig.9). Vingt et un pourcents d'entre eux ont entre 18 et 29 ans et près de 9% ont plus de 60 ans.

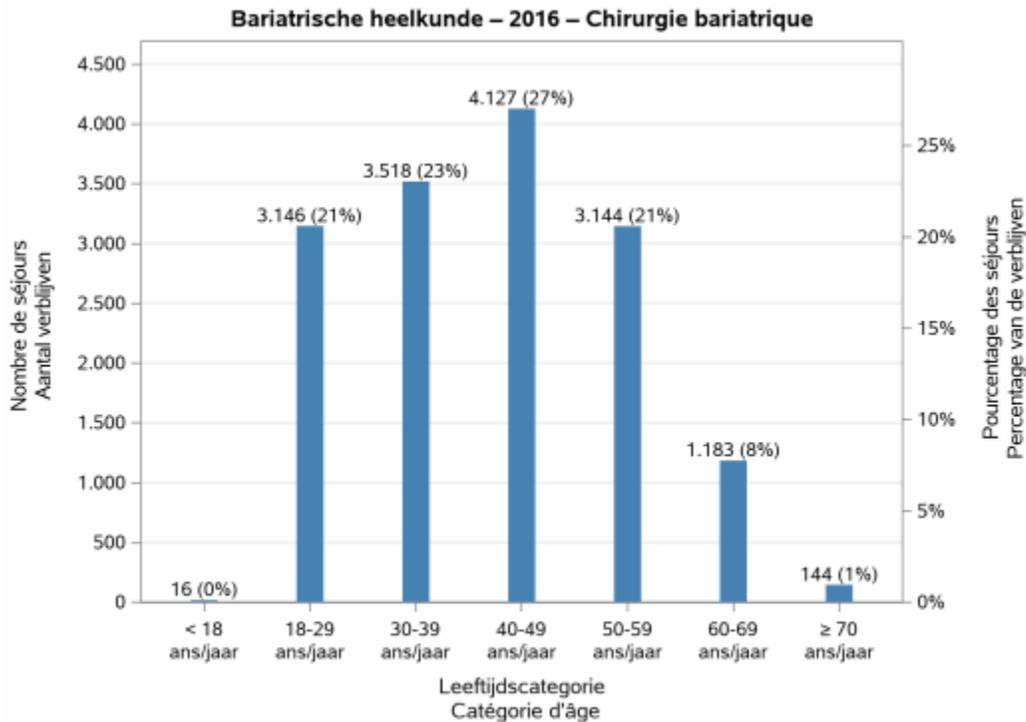


Figure 9: Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par catégorie d'âge.

La distribution de l'âge des patients hospitalisés pour une intervention de chirurgie bariatrique est semblable dans tous les hôpitaux, avec un âge médian le plus souvent compris entre 40 ans et 45 ans (fig. 10).



Bariatrische heelkunde – 2016 – Chirurgie bariatricque
Verdeling van de patiëntleeftijden binnen elk ziekenhuis
Distribution des âges des patients au sein de chaque hôpital

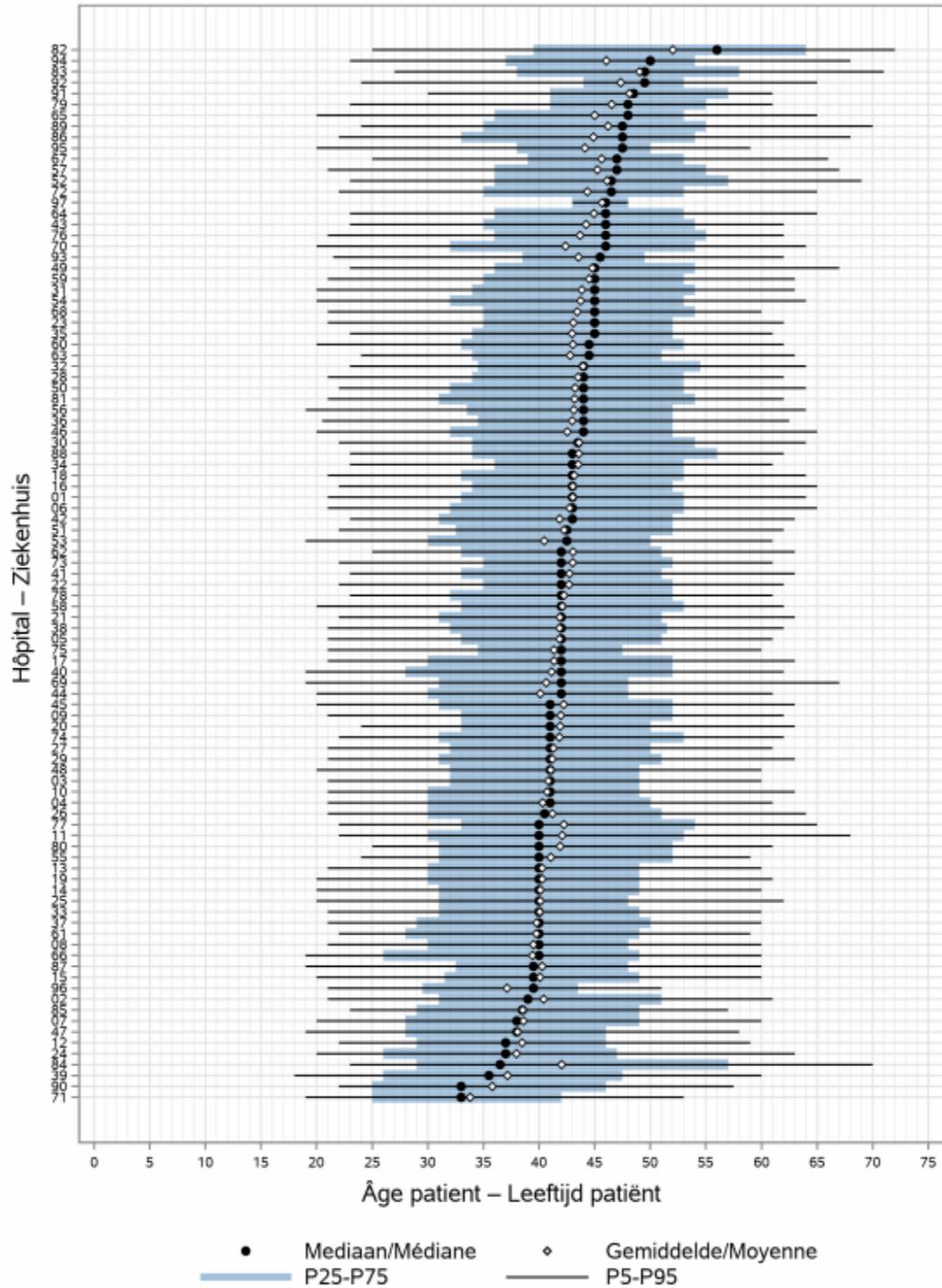


Figure 10: Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par catégorie d'âge et par hôpital.



5.1.5 Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par durée de séjour

La majorité des patients admis pour une intervention de chirurgie bariatrique en 2016 passent de 2 à 3 nuits à l'hôpital, ce qui représente un peu plus de 70% des interventions bariatriques. Respectivement 7,4% et 12,4% des interventions bariatriques impliquent des séjours dont la durée est de 1 et 4 nuits et 9,3% d'entre elles un séjour dont la durée est supérieure à 4 nuits (fig. 11).

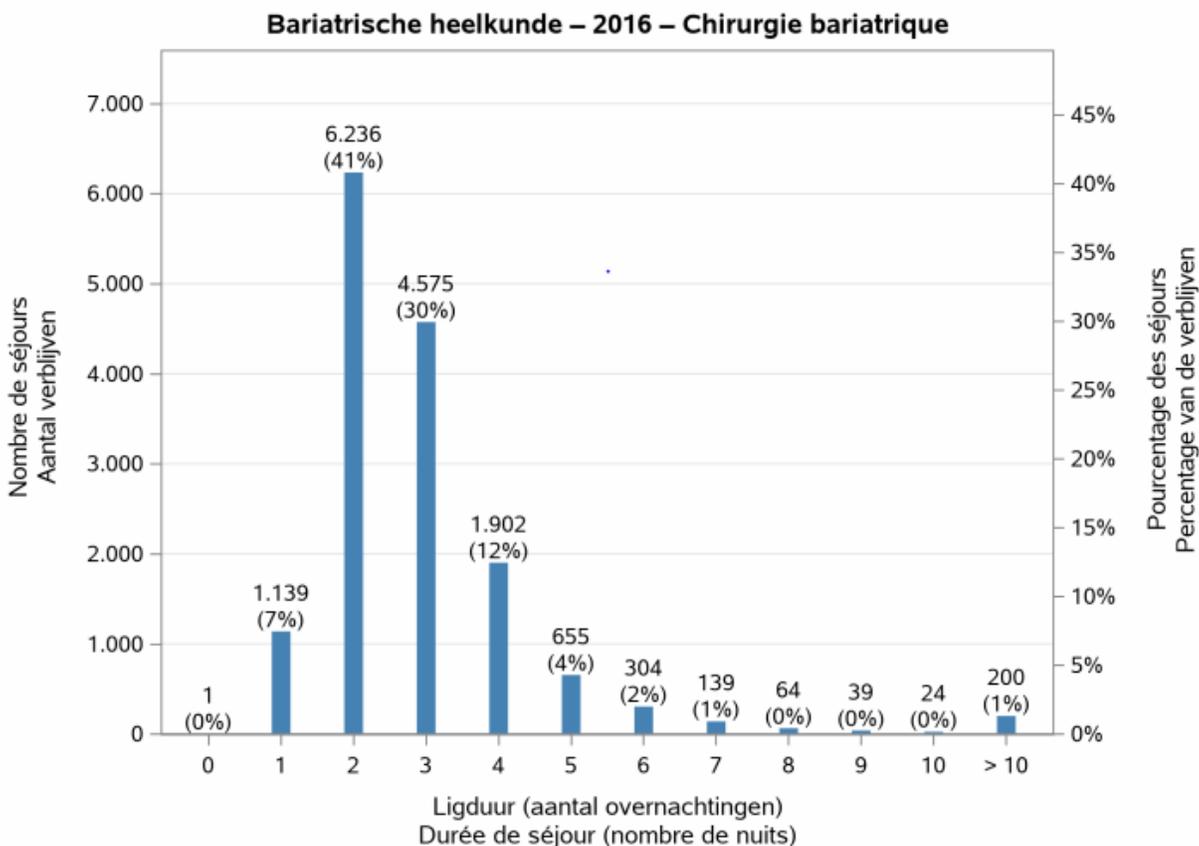


Figure 11: Répartition des séjours de chirurgie bariatrique par durée de séjour.

La dispersion des durées de séjour par hôpital est présentée dans la figure 12. Dans la majorité des cas, la médiane de séjour est 2 ou 3 nuits. Quatre pourcents des institutions présentent une médiane correspondant à une durée de séjour d'une nuit et 5% d'entre elles, une durée de séjour de 5 et 6 nuits. La moyenne est supérieure à la médiane en raison de durées de séjour plus longues.



Bariatrische heelkunde – 2016 – Chirurgie bariatrique
Verdeling van de ligduur (aantal nachten) binnen elk ziekenhuis
Distribution des durées de séjour (nombre de nuits) au sein de chaque hôpital

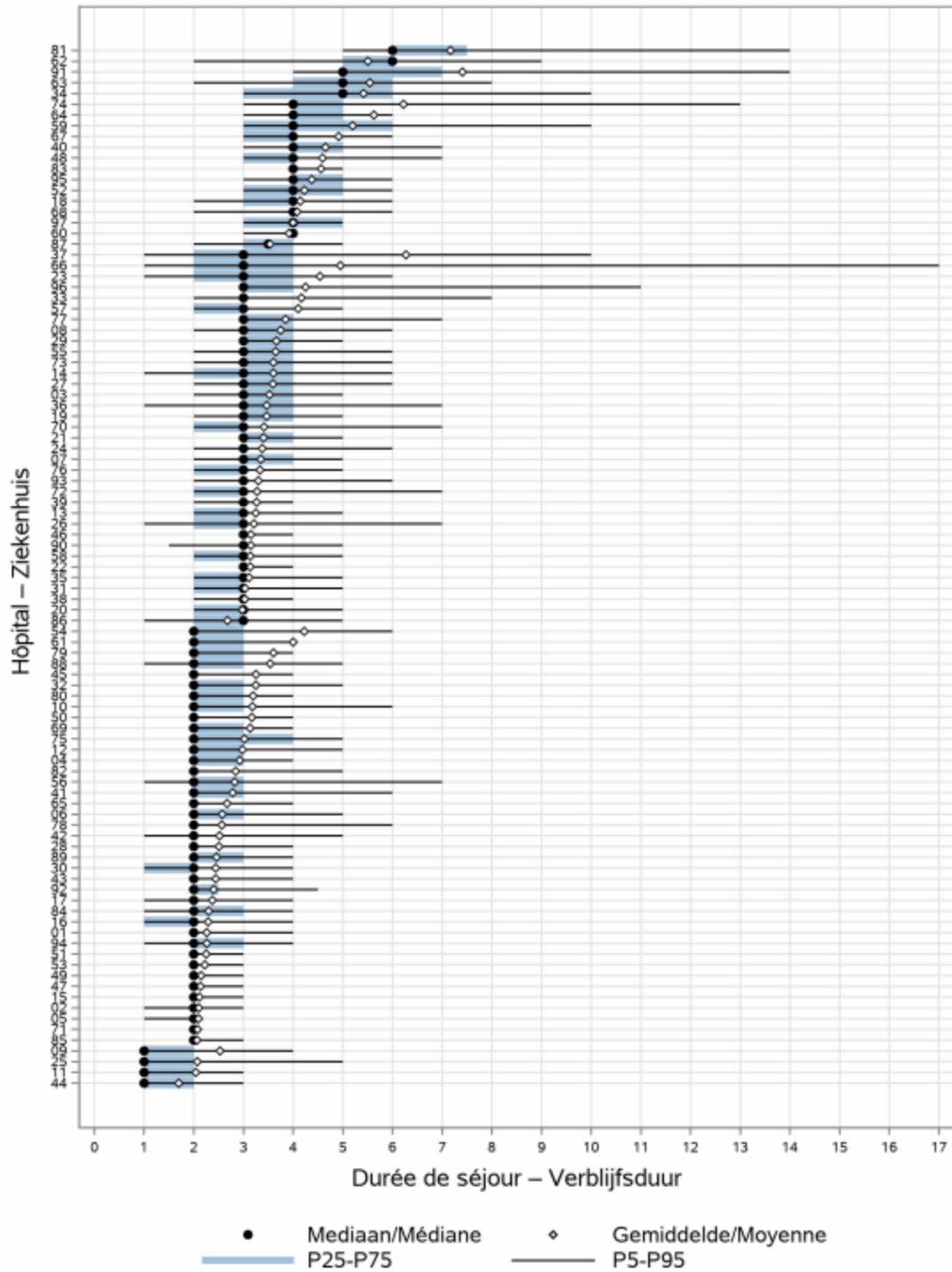


Figure 12: Distribution des durées de séjour de chirurgie bariatrique par hôpital.



5.1.6 Interactions de variables

5.1.6.1 TYPE D'INTERVENTION / CATÉGORIES DE BMI

L'analyse du type d'intervention bariatrique par catégorie de BMI (fig.13) montre que la proportion de bypass est la plus importante pour les toutes les catégories de BMI à partir de 35. La proportion de sleeve, quant à elle, augmente avec le BMI. En ce qui concerne la catégorie de BMI inférieur à 35, d'autres codes de nomenclature ont été attestés dans près de 65% des cas.

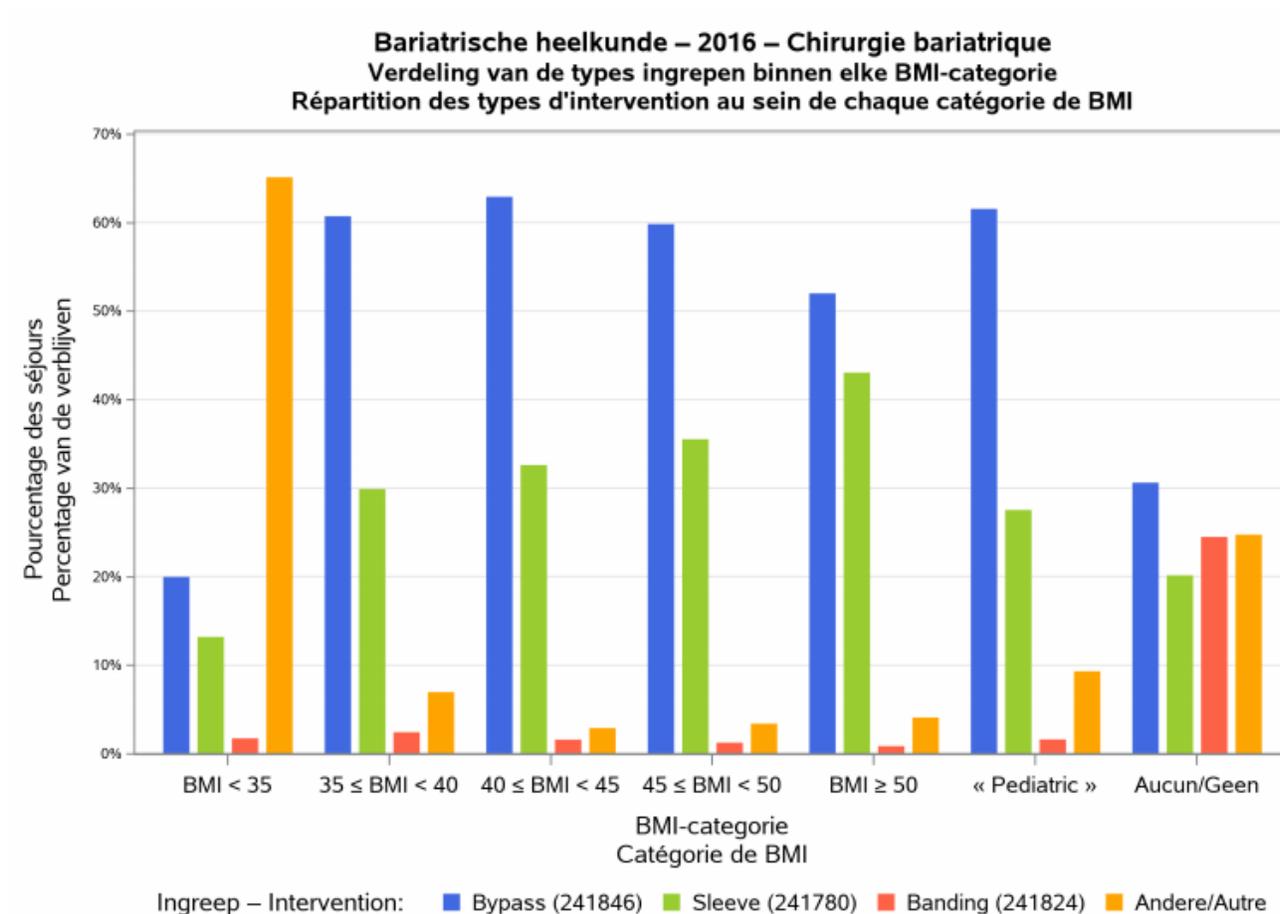


Figure 13: Type d'intervention de chirurgie bariatrique par catégorie de BMI.



5.1.6.2 TYPE D'INTERVENTION / CATÉGORIE D'ÂGE

La proportion de codes de nomenclature attestés par catégorie d'âge (fig. 14) varie assez peu pour les patients entre 18 et 69 ans. Signalons que les interventions de type sleeve sont plus fréquentes chez les patients appartenant à la tranche d'âge 18-29 ans.

En ce qui concerne les catégories d'âge extrêmes, moins de 18 ans (16 séjours) et les 70 ans et plus (144 séjours), une plus grande proportion d'autres codes de nomenclatures ont été attestés, respectivement 100% et 20%.

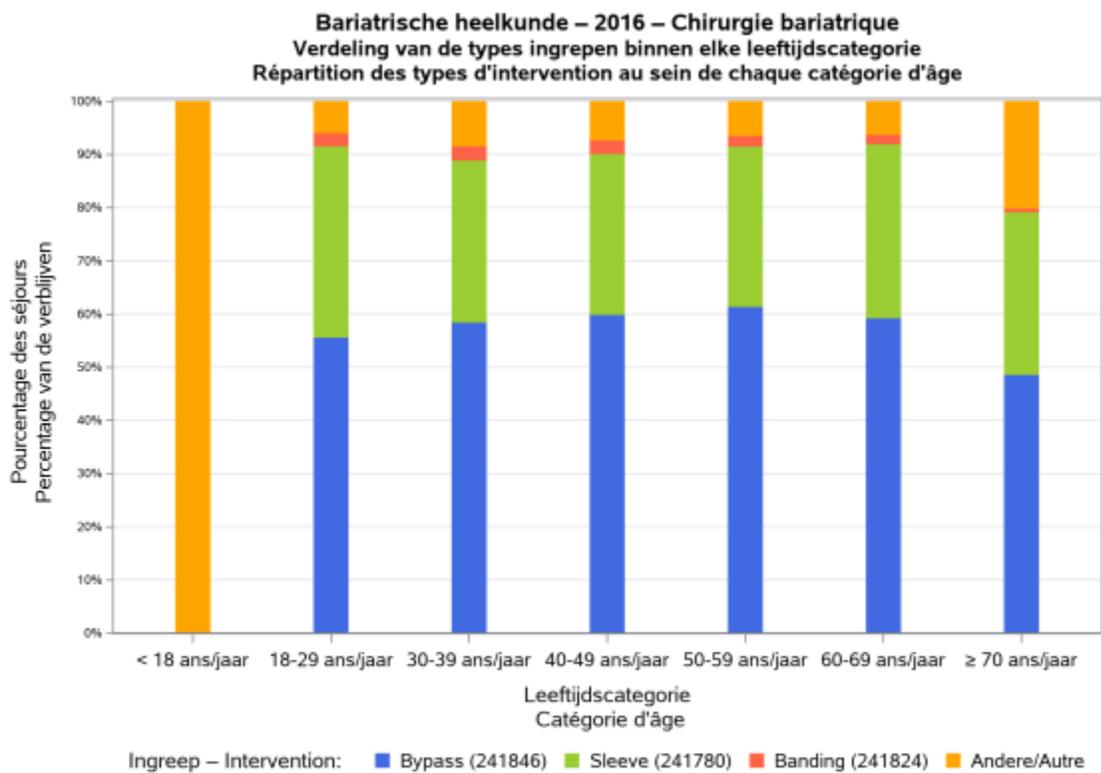


Figure 14: Répartition des types d'intervention de chirurgie bariatrique par catégorie d'âge.



5.1.6.3 SEXE/TYPE D'INTERVENTION

L'analyse du type d'intervention selon le sexe du patient est présentée dans la figure 15 ci-dessous et montre peu de variation. Signalons qu'au sein du groupe de patients masculins, l'intervention de type sleeve est la plus fréquente.

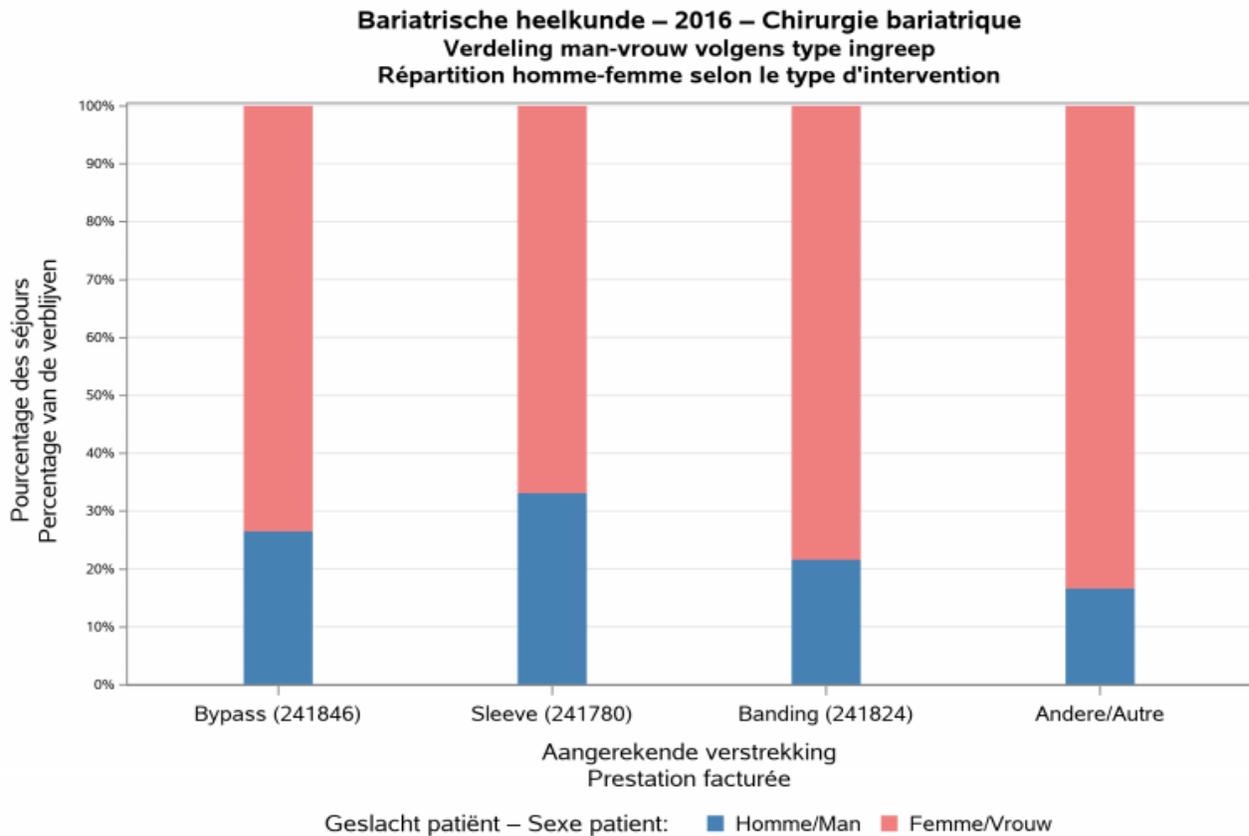


Figure 15: Répartition homme-femme par type d'intervention de chirurgie bariatrique.



5.1.6.4 SEXE/CATÉGORIE DE BMI

La proportion hommes-femmes varie peu avec le BMI (fig. 16). Dans la catégorie BMI < 35, la proportion de femmes est la plus élevée par rapport aux autres catégories de BMI.

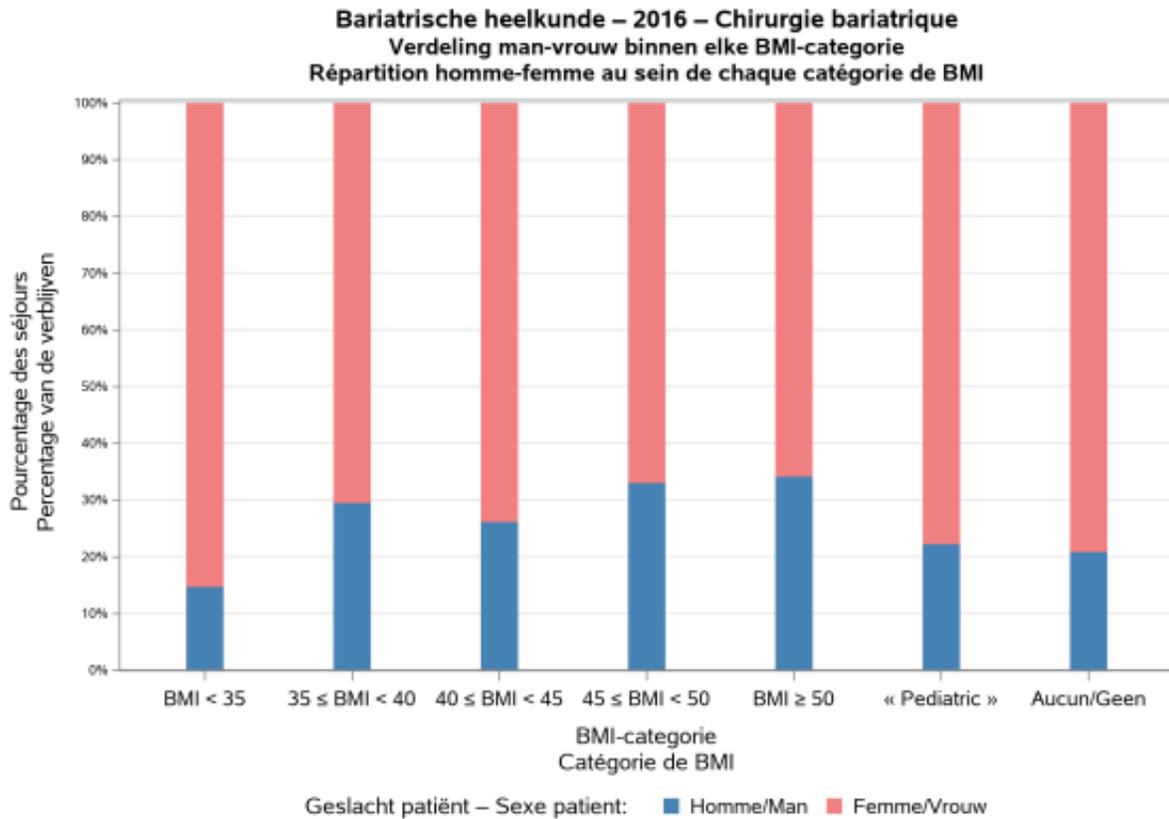


Figure 16: Répartition homme-femme par catégorie de BMI.



5.1.6.5 SEXE/CATÉGORIE D'ÂGE

La proportion d'hommes subissant une chirurgie bariatrique augmente avec l'âge pour atteindre près de 40 % chez les patients âgés de 60 ans et plus (fig. 17).

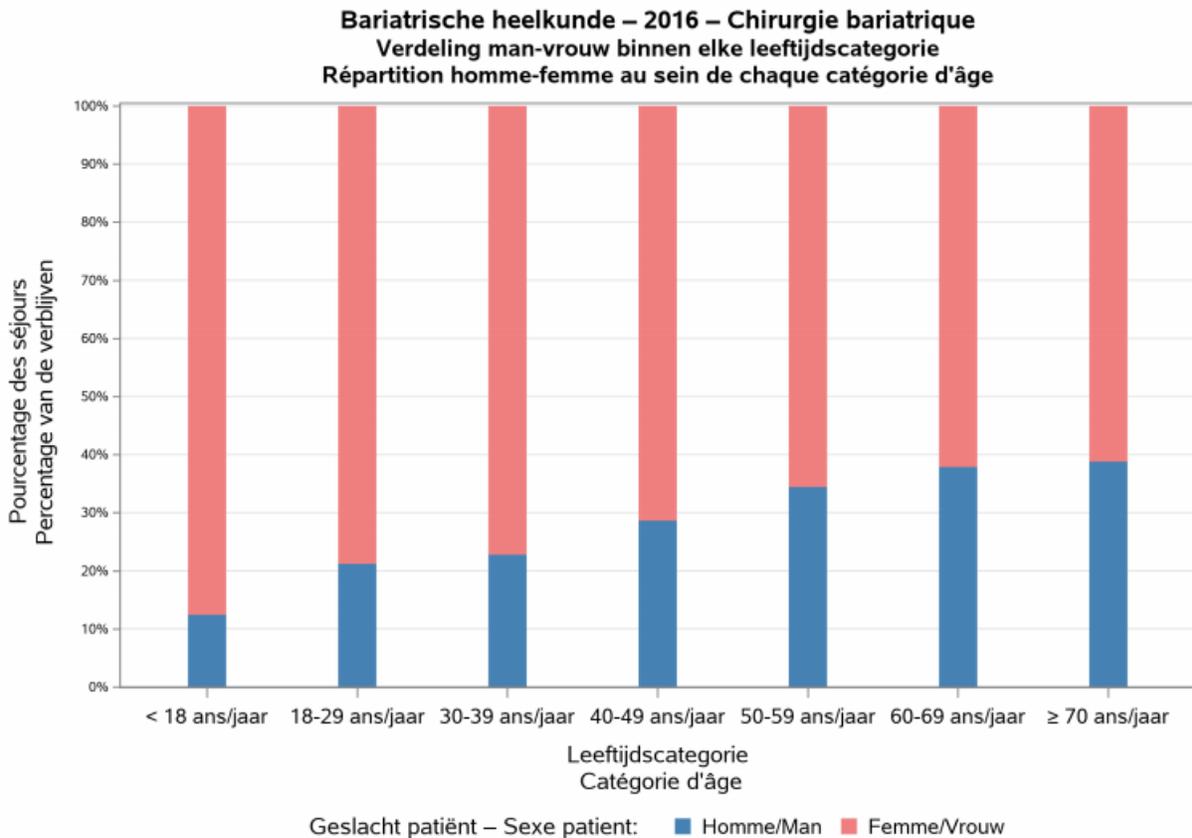


Figure 17: Répartition homme-femme par catégorie d'âge.



5.1.6.6 NOMBRE D'INTERVENTIONS / CATÉGORIE D'ÂGE / CATÉGORIE DE BMI

Parmi les patients de 18 à 49 ans, le nombre d'interventions bariatriques est plus important chez ceux dont le BMI est compris entre 40 et 44,9 (fig. 18). Le nombre d'interventions chez les patients dont le BMI est compris entre 35 et 40 augmente avec l'âge, ce qui s'expliquerait par l'apparition de comorbidités justifiant l'intervention. A partir de 50 ans, le nombre d'interventions bariatriques est pratiquement équivalent pour les catégories de $35 \leq \text{BMI} < 40$ et $40 \leq \text{BMI} < 45$.

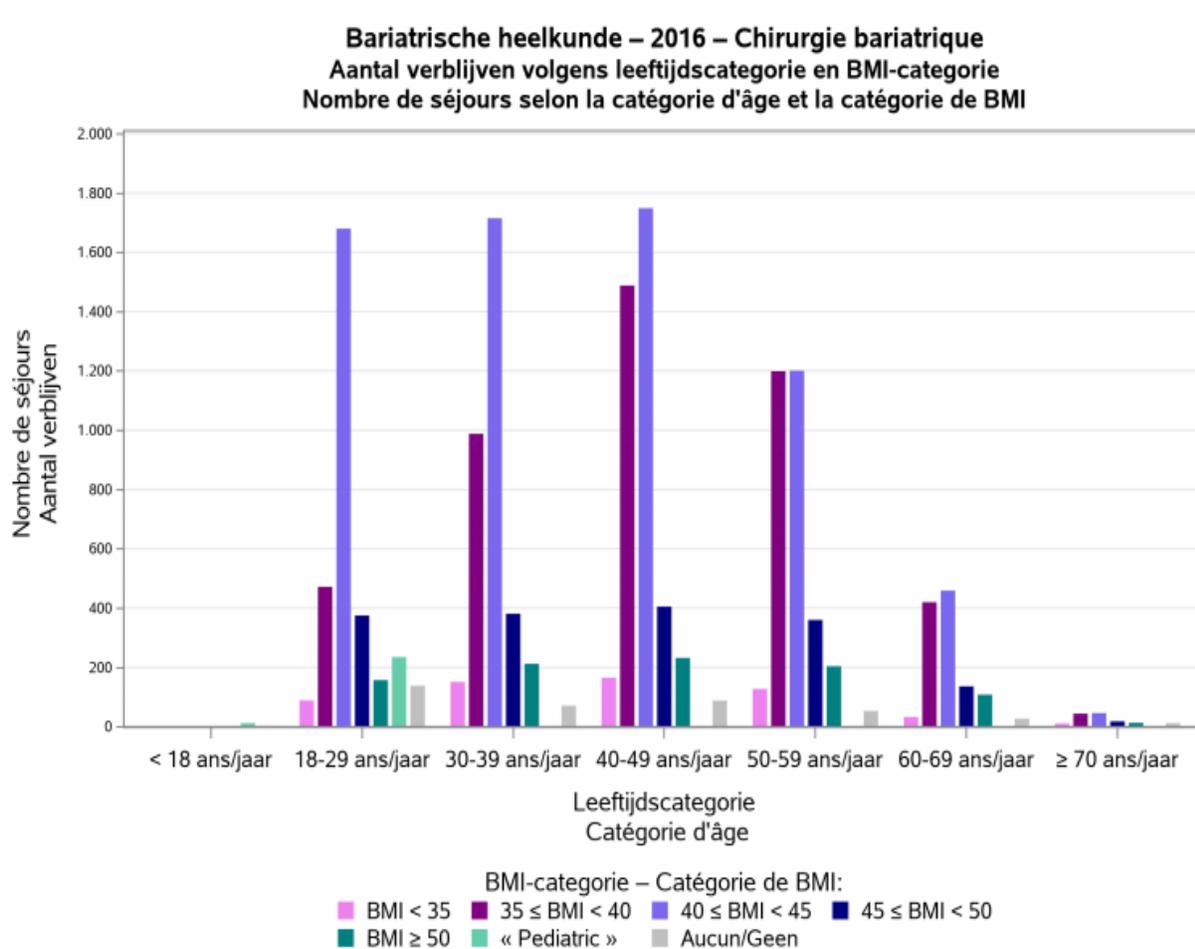


Figure 18: Nombre de séjours de chirurgie bariatrique par catégorie d'âge et de BMI.



5.1.6.7 TYPE D'INTERVENTION / DURÉE DE SÉJOUR

La majorité des patients ayant subi une opération type sleeve séjourne équivalamment 2 ou 3 nuits à l'hôpital (fig. 19). Quant aux interventions type bypass, la plupart des patients séjourne 2 nuits et dans une moindre mesure 3 nuits. L'intervention par banding implique une durée de séjour le plus souvent égale à une nuit.

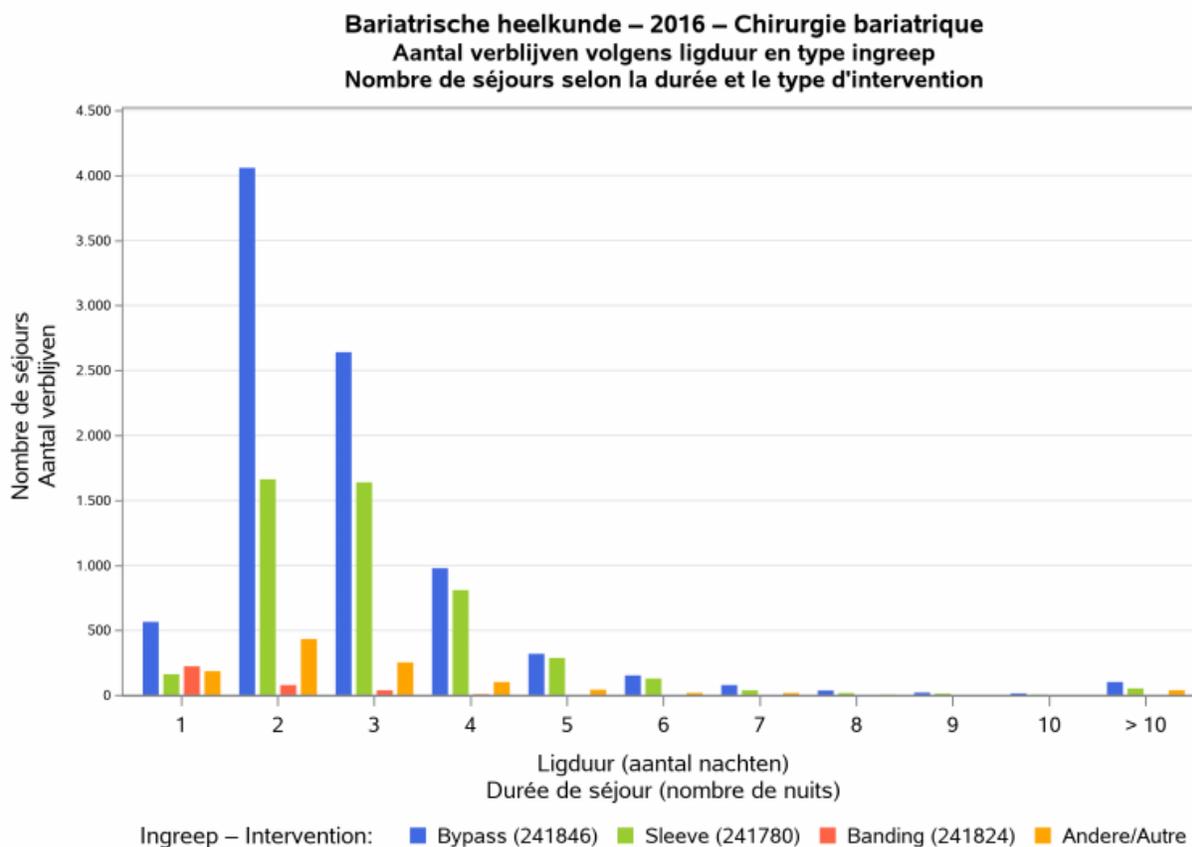


Figure 19: Nombre de séjours selon le type d'intervention de chirurgie bariatrique et le type d'intervention.

Ces résultats se confirment lors de l'analyse de la dispersion de la durée de séjour par hôpital (fig. 20).

Ces durées de séjour sont la norme dans la plupart des hôpitaux.



Bariatrische heelkunde – 2016 – Chirurgie bariatrique
Ligduur volgens type ingreep, per ziekenhuis
Durée de séjour selon le type d'intervention, par hôpital

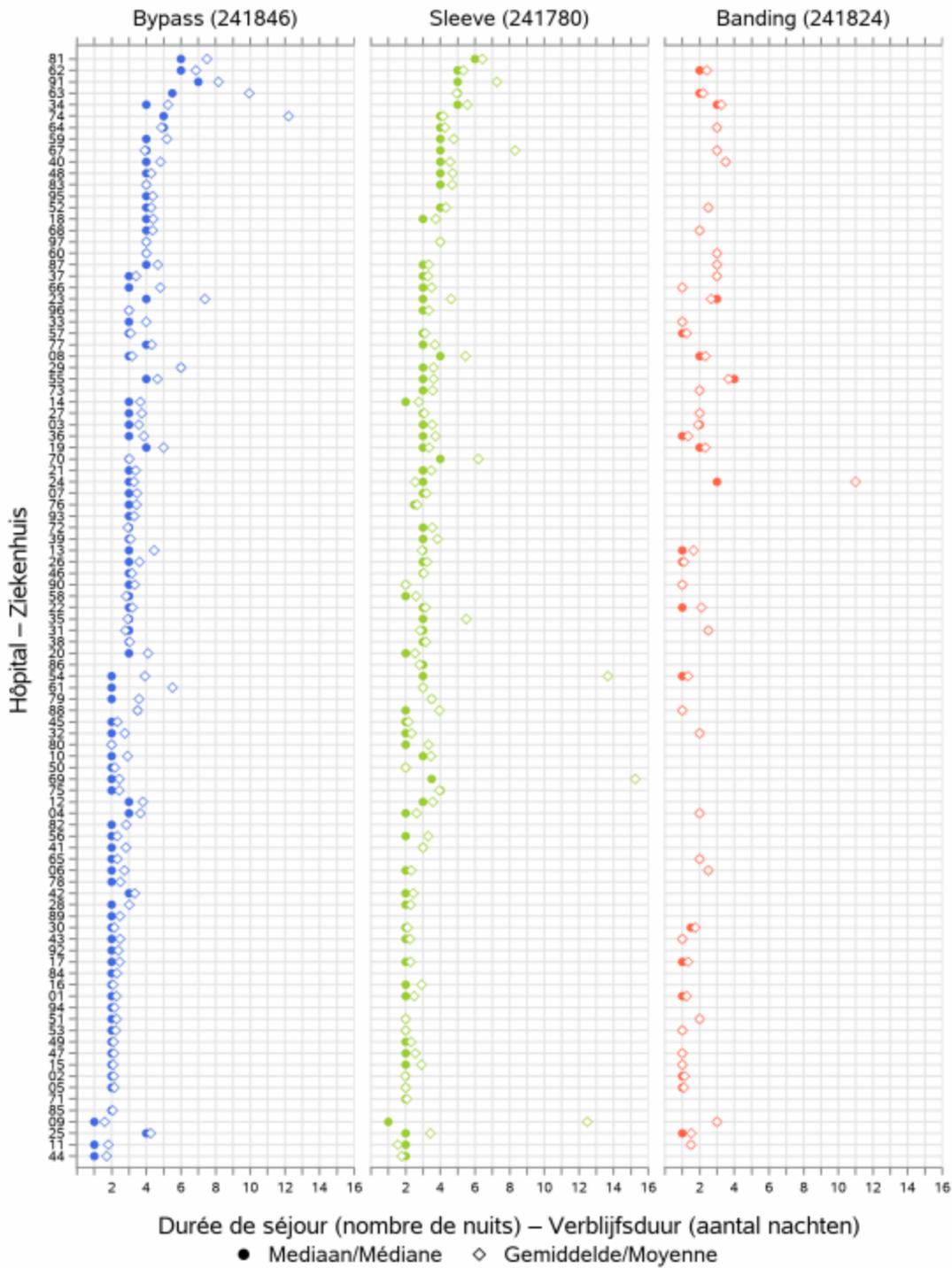


Figure 20: Répartition Durée de séjours de chirurgie bariatrique selon le type d'intervention par hôpital.



5.1.7 Pourcentage des séjours avec pompe analgésique PCA, par hôpital

Une pompe analgésique PCA a été utilisée chez 17% des patients ayant bénéficié d’une chirurgie bariatrique. Cette pratique s’observe dans quelques institutions notamment 9 d’entre elles placent une pompe analgésique PCA après chirurgie bariatrique dans plus de 70% des cas, dont 4 dans plus de 90% des cas. Trente-quatre hôpitaux n’attestent pas de pompe analgésique PCA (fig. 21).

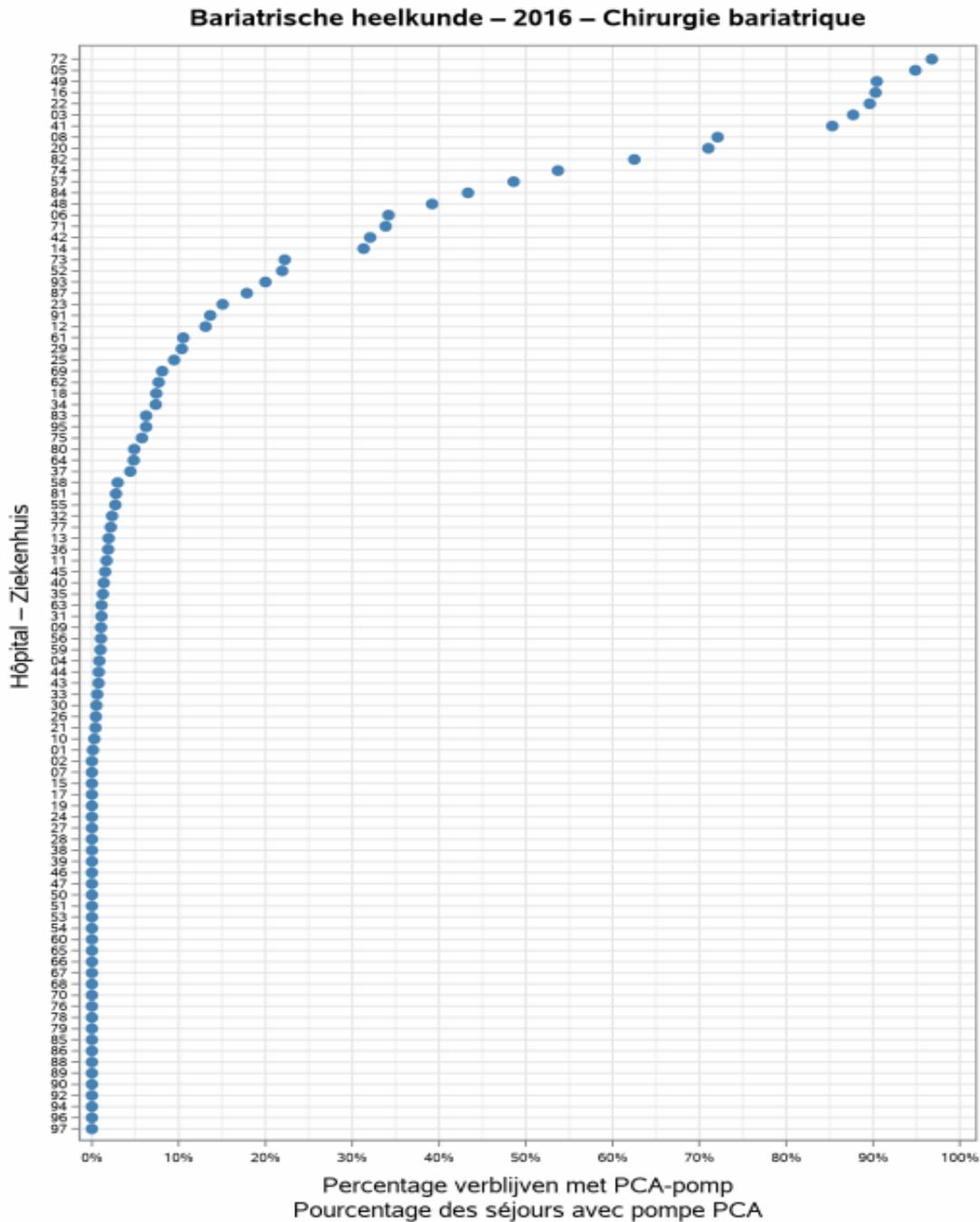


Figure 21: Pourcentage de séjours de chirurgie bariatrique avec pompe analgésique PCA par hôpital.



5.2 Résultats spécifiques aux audits

5.2.1 Trajet de soins

Ces résultats synthétisent l'ensemble des informations recueillies sur le trajet de soins en chirurgie bariatrique des 19 hôpitaux audités. Le nombre d'hôpitaux répondants peut varier d'un item à l'autre en fonction de l'obtention ou non, des réponses aux questions. Pour faciliter l'analyse, le trajet de soins est subdivisé en périodes préopératoire, opératoire, postopératoire hospitalière et extrahospitalière.

5.2.1.1 PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE

5.2.1.1.1 LE PATIENT EST RÉFÉRÉ PAR :

Dans 89% des hôpitaux audités, le patient se présente majoritairement de lui-même souvent selon le bouche à oreille. Dans 2 hôpitaux sur les 19 audités, le patient est référé par le médecin traitant de façon majoritaire. La référence par un autre spécialité (endocrinologue, orthopédiste, pneumologue, cardiologue, ...) est variable d'un hôpital à l'autre mais n'est jamais majoritaire.

5.2.1.1.2 PREMIERE CONSULTATION

Dans la majorité des cas, la première consultation est assurée par le chirurgien et dans une moindre mesure par un coordinateur non médecin ou un diététicien/nutritionniste.

Première consultation	Nbr H	Nbr H répondant	%
Chirurgien	15	19	79 %
Coordinateur non médecin	2	19	10,5 %
Diététicien / Nutritionniste	2	19	10,5 %

Dans certains hôpitaux, le secrétariat ou un membre du centre de coordination lorsqu'il existe, oriente lors du premier contact téléphonique, le patient vers le trajet de soins le plus adapté (médical ou chirurgical).

5.2.1.1.3 CONSULTATIONS PREOPERATOIRES

Une consultation préopératoire est organisée avec les prestataires suivants:

Consultations préopératoires	Fréquence	Nbr H	Nbr H répondant	%
Chirurgien	Systématiquement	19	19	100 %
Psychiatre/psychologue clinicien	Systématiquement	19	19	100 %
Diététicien/Nutritionniste	Systématiquement	18	19	95 %
Endocrinologue	Systématiquement	11	19	58 %
Cardiologue	Systématiquement	3	19	16 %
Pneumologue	Systématiquement	2	19	11 %



Une consultation préopératoire avec d'autres prestataires (gynécologue, gastroentérologue, dentiste, anesthésiste, kinésithérapeute, ...), est effectuée soit systématiquement dans certains hôpitaux, soit occasionnellement dans d'autres en fonction de la situation clinique du patient. Le nombre de consultations préopératoires par prestataire varie de 1 à 3 consultations. Dans un hôpital audité, le bilan préopératoire et les divers examens sont effectués lors d'une hospitalisation de 2 jours/1 nuitée.

5.2.1.1.4 DOCUMENTATION DU RÉGIME

Dans la majorité des cas, le bref récit du patient concernant un ou plusieurs régime(s) antérieur(s) est présent dans le dossier mais il permet difficilement de conclure que le régime a bien duré 1 an sans réel résultat stable. Dans 3 hôpitaux, l'existence d'un ou plusieurs régime(s) durant une année et sans réel résultat est bien documentée dans le dossier par un prestataire.

Documentation du régime	Nbr H	Nbr H répondant	%
Majoritairement sur parole du patient	16	19	84 %
Majoritairement documenté par un prestataire (diététicien ou par un médecin nutritionniste)	3	19	16 %

Certains hôpitaux préconisent un régime préopératoire d'une à deux semaines (hyper protéiné ou autre).

5.2.1.1.5 EXAMENS COMPLÉMENTAIRES PRÉOPÉRATOIRES

Examens	Fréquence	Nbr H	Nbr H répondant	%
Echographie	Systématiquement	14	19	74 %
	Selon état clinique	5	19	26 %
Gastroscopie, HB	Systématiquement	17	19	89 %
	Selon état clinique	2	19	11 %
OED	Systématiquement	2	19	11 %
	Selon état clinique	9	19	47 %
	Jamais	8	19	42 %

Autres examens complémentaires réalisés systématiquement :

- Urines de 24 heures (5 hôpitaux)
- Dexaméthasone test (1 hôpital)
- Polygraphie (1 hôpital)
- Breath test après gastroscopie (1 hôpital)

Types et indications des examens complémentaires réalisés selon le contexte clinique :

- Echographie abdominale (5 hôpitaux) : en cas d'intervention par bypass, suspicion de stéatose à la biologie, utilisation d'inhibiteurs de la pompe à protons, pathologie sous-jacente
- OED (9 hôpitaux): en cas de réintervention ou d'hernie hiatale importante
- Polysomnographie (19 hôpitaux): en cas de suspicion d'un syndrome d'apnées du sommeil



- Spirométrie et radiographie thoracique (2 hôpitaux) : selon l'âge du patient et son profil de risque
- HGPO (1 hôpital) : en cas de diabète
- Manométrie (1 hôpital) : en cas d'intervention de type Sleeve ou Nissen
- EFR (Epreuve fonctionnelle respiratoire) (1 hôpital)
- Echographie du cœur (1 hôpital)

5.2.1.1.6 CONCERTATION BARIATRIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

Quatre hôpitaux sur les 19 audités n'organisent pas de concertation bariatrique multidisciplinaire (CBM) (21%). Sur les 15 hôpitaux organisant une CBM, 7 hôpitaux rédigent un rapport signé et daté (soit 37 % des 19 hôpitaux audités).

CBM	Nbr H	Nbr H répondant	%
Effectuée	15	19	79 %
Effectuée avec rapport daté et signé	7	15	47 %

5.2.1.1.7 DURÉE DU TRAJET PRÉOPÉRATOIRE

La durée du trajet préopératoire, c'est-à-dire la durée entre la première consultation et l'intervention, est inférieure à 4 mois dans 63% des cas, comprise entre 4 et 6 mois dans 32% des cas et supérieure à 6 mois dans 5% des cas.

Durée du trajet préopératoire	Nbr H	Nbr H répondant	%
Inférieure à 4 mois	12	19	63 %
De 4 à 6 mois	6	19	32 %
Supérieure à 6 mois	1	19	5 %

5.2.1.1.8 INFORMATION PATIENT

D'autres moyens que ceux qui sont présentés dans le tableau ci-dessous (sites internet, vidéo...) sont à la disposition du patient candidat pour une chirurgie bariatrique afin de l'informer et de l'accompagner.

Information patient	Nbr H	Nbr H répondant	%
Brochures	17	19	89 %
Information individuelle	19	19	100 %
Information collective	10	19	53 %



5.2.1.2 PÉRIODE OPÉRATOIRE

Ne sont reprises dans les différents tableaux, que les indications et contre-indications principales émises spontanément par le chirurgien présent lors de l'audit du trajet de soins et la liste n'est donc pas exhaustive.

Pour la majorité des hôpitaux, la principale indication du sleeve est le « volume eaters » (gros mangeur). Dans 5 hôpitaux, la principale indication est la demande du patient.

La sleeve Nissen (Nissen réalisée en complément de la sleeve gastrectomie) est proposée dans 2 hôpitaux chez les assurés obèses avec reflux gastro-œsophagien et pour lesquels il existe une contre-indication au bypass. Certains hôpitaux utilisent la technique de gastroplastie de Magenstrasse & Mill dite également gastroplastie réversible.

Sleeve: indications	Nbr H	Nbr H répondant	%
Gros mangeurs "volume eaters"	11	18	61 %
Demande du patient	5	18	28 %

Sleeve: contre-indications	Nbr H	Nbr H répondant	%
RGO, Barrett, HH	14	18	78 %
CI psychologiques	5	18	28 %

Bypass: indications	Nbr H	Nbr H répondant	%
Réintervention	6	18	33 %
Diabète	6	18	33 %
Gold standard	3	18	17 %
Super-obèse, grignoteur	7	18	39 %

Pour 69 % des hôpitaux auditionnés, les maladies inflammatoires de l'intestin (maladie de Crohn) et/ou le risque de malabsorption sont une contre-indication à la chirurgie bypass. Un chirurgien a mentionné ne pas réaliser la technique du minibypass en raison du reflux biliaire qu'il engendre. A noter que pour 1 hôpital, la maladie de Crohn n'est pas une contre-indication à la chirurgie bypass.

Bypass: contre-indications	Nbr H	Nbr H répondant	%
Maladies inflammatoires de l'intestin ou risque de malabsorption (entre autres médicamenteuse)	11	16	69 %
CI psychologiques	5	16	31 %
Avant greffe rénale	2	16	13 %



Intervention anneau: indications	Nbr H	Nbr H répondant	%
Maladie de Crohn	1	17	6 %
Problème de coagulation	1	17	6 %
Combinaison avec autres techniques	3	17	18 %
Non réalisée	11	17	65 %

Cholécysectomie: indications	Sleeve			Bypass		
	Nbr H	Nbr répondant	H %	Nbr H	Nbr répondant	H %
Systematique	1	18	6 %	3	18	17 %
Lithiase asymptomatique	6	18	33 %	9	18	50 %
Lithiase symptomatique	5	18	28 %	6	18	33 %

Certains hôpitaux signalent la difficulté opératoire de la cholécysectomie après une chirurgie de bypass.

5.2.1.3 PÉRIODE POSTOPÉRATOIRE HOSPITALIÈRE

5.2.1.3.1 EXAMENS POSTOPÉRATOIRES HOSPITALIERS

Les différents examens postopératoires hospitaliers sont décrits dans le tableau ci-dessous.

Examens postopératoires hospitaliers	Nbr H	Nbr H répondant	%
Echographie	0	19	0 %
Gastroscopie	0	19	0 %
OED jamais	9	19	47 %
OED systématique	7	19	37 %
OED selon le cas clinique	3	19	16 %
Biologie systématique	10	14	71 %
Biologie si diabétique	1	14	7 %
Biologie jamais	3	14	21 %
Test au bleu de méthylène (en peropératoire)	4	19	21 %

5.2.1.3.2 PRÉVENTION ANTI THROMBOTIQUE

Une prévention anti thrombotique est assurée dans tous les hôpitaux audités par l'injection d'héparine de bas poids moléculaire. Le port de bas de contention est utilisé dans 17 hôpitaux.

Quatre hôpitaux utilisent la compression intermittente et dans 4 hôpitaux, les patients sont pris en charge par un kinésithérapeute.



5.2.1.3.3 GESTION DE LA DOULEUR

Des schémas standardisés ou des protocoles de gestion de la douleur sont présents dans la majorité des hôpitaux. Deux hôpitaux utilisent systématiquement une pompe analgésique PCA.

Pompe analgésique PCA	Nbr H	Nbr H répondant	%
Non	11	19	58 %
Systématiquement	2	19	11 %
Rare et selon le cas clinique	6	19	32 %

Certains hôpitaux considèrent que ce type de chirurgie représente une contre-indication absolue aux AINS tandis que d'autres les utilisent systématiquement en postopératoire.

5.2.1.4 PÉRIODE POSTOPÉRATOIRE EXTRAHOSPITALIÈRE

5.2.1.4.1 CONSULTATIONS POSTOPÉRATOIRES PRÉCONISÉES

Signalons que des recommandations concernant le suivi postopératoire et le régime sont prodiguées oralement, avec ou sans support papier, pendant l'hospitalisation par le chirurgien, le diététicien ou l'infirmier coordonnant la prise en charge.

Une consultation postopératoire pour le patient a lieu avec les divers prestataires repris dans le tableau suivant:

Prestataire	Fréquence	Nbr H	Nbr H répondant	%
Chirurgien	Systématique	17	18	95 %
Psychologue/Psychiatre	Systématique	5	18	28 %
	Selon état clinique ou demande du patient	13	18	72 %
Diététicien	Systématique	16	18	89 %
	Demande du patient	2	18	11 %
Endocrinologue	Systématique	2	16	13 %
Pneumologue	Selon état clinique	6	18	33 %
Cardiologue	Selon état clinique	6	18	33 %

Le nombre de consultations chirurgicales planifiées la première année postopératoire varie de 2 à 5 consultations.

La deuxième année postopératoire, malgré les recommandations médicales de l'équipe et la planification des consultations chirurgicales, les patients consultent de moins en moins, une raison évoquée est la raison financière.

Une consultation systématique avec le psychologue ou le psychiatre est programmée dans 5 hôpitaux la première année postopératoire.



La première année postopératoire, des consultations sont programmées systématiquement chez le diététicien/nutritionniste dans 16 hôpitaux avec une grande variabilité dans la fréquence (1 consultation dans 4 hôpitaux à 6 consultations dans 3 hôpitaux). Deux hôpitaux planifient une à deux consultations la 2^{ème} année et un hôpital planifie une consultation au-delà de la 2^{ème} année.

A la demande du patient, le service de diététique est toujours disponible mais les consultations étant payantes et peu remboursées, l'aspect financier est un frein important au suivi diététique.

Dans deux hôpitaux, des consultations systématiques avec un endocrinologue sont programmées pendant la 1^{ère} année (une consultation dans 1 hôpital et deux consultations dans l'autre hôpital). Dans six hôpitaux, une consultation cardiologique ou pneumologique est programmée en fonction de la situation clinique du patient opéré.

Des séances de réadaptation physique sont proposées par plusieurs hôpitaux, de fréquence variable et sont soit remboursées par les organismes assureurs ou prises en charge par l'hôpital lui-même.

5.2.1.4.2 DURÉE DU SUIVI POSTOPÉRATOIRE

La majorité des équipes de chirurgie bariatriques conseillent un suivi postopératoire à long terme mais celui-ci est dépendant du patient (situation financière, déplacements, choix personnels, compliance...). Malgré un encadrement proposé au patient par l'équipe bariatrique (planification des rendez-vous, information au patient en groupe ou individuelle...), un suivi effectif au-delà de deux ans est très rare.

Dans un hôpital, le candidat à la chirurgie bariatrique paie un forfait par étape et anticipativement, qui couvre les consultations et le suivi postopératoire.

5.2.1.4.3 INITIATIVES PARTICULIÈRES

Quinze hôpitaux proposent diverses initiatives particulières pour améliorer la prise en charge du patient ayant subi une chirurgie bariatrique. Ces initiatives sont budgétisées par l'hôpital.

A titre d'exemples :

- Gastroclub, groupe de parole, atelier culinaire, after work party...
- Brochures d'information, newsletters...
- Proposition de programme de revalidation, aquagym, activité sportive, réathlétisation...
- Campagne d'information pour patient, médecin traitant...
- Participation active à des études (GastricSleeve)

5.2.1.4.4 REGISTRE:

Le registre est présent dans 15 hôpitaux, ce qui a été vérifié lors de l'examen des 12 séjours.

Registre	Nbr H	Nbr H répondant	%
Présent	15	19	79 %
Absent	4	19	21 %



5.2.2 Dossiers audités

Ces résultats synthétisent l'ensemble des observations pour les 12 dossiers examinés dans les 19 hôpitaux audités (représentés par un numéro anonymisé) par le biais d'un questionnaire comprenant 29 items (annexe n°2).

5.2.2.1 ITEM 01 À 06: N° DE SÉJOUR, SEXE, ÂGE, DURÉE DU SÉJOUR, DRG, SOI

Dans tous les hôpitaux audités, les items 01 à 06 sont correctement identifiés dans tous les dossiers examinés.

5.2.2.2 ITEM 07 : PRINDIAG

La figure 22 représente le scorage (en %) des 19 hôpitaux audités pour l'item PRINDIAG.

Le diagnostic principal des séjours sélectionnés dans le cadre de la chirurgie bariatrique doit être un code pour l'obésité issu de la catégorie E66 (overweight and obesity). Un score de 5/5 est attribué lorsque le code enregistré est correct et un score de 0/5 lorsqu'il ne l'est pas.

Pour 15 hôpitaux, le score est de 100 %.

Quatre hôpitaux présentent un score en dessous de la moyenne de 92 %.

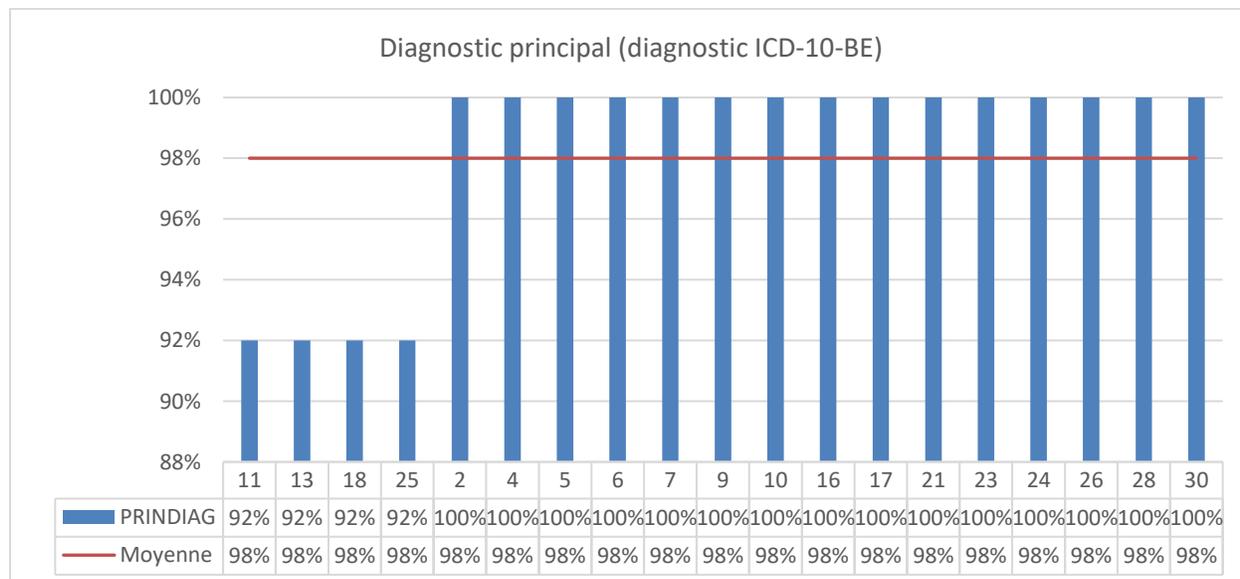


Figure 22: Item07 PRINDIAG.



5.2.2.3 ITEM 08 : BMI DOSSIER

La figure 23 représente le scorage (en %) des 19 hôpitaux audités pour l’item « BMI DOSSIER ». La valeur du BMI est la première condition pour le remboursement des prestations « traitement de l’obésité », défini à l’article 14d de la NPS.

Le BMI (body mass index) utilisé pour l'indication d'une procédure bariatrique avec remboursement doit être conforme aux critères légaux et figurer dans le dossier du patient. Une note de 10/10 est attribuée si le BMI au moment de l’indication opératoire est conforme aux critères de remboursement légaux, sinon une note de 0/10 est attribuée.

Dans 8 hôpitaux sur les 19 hôpitaux audités (soit 42 %), ce critère est conforme dans les 12 dossiers et ils obtiennent un score de 100 %. Six hôpitaux ont un score de 92 % et pour 5 hôpitaux, le score est inférieur à la moyenne (de 58 à 90 %).

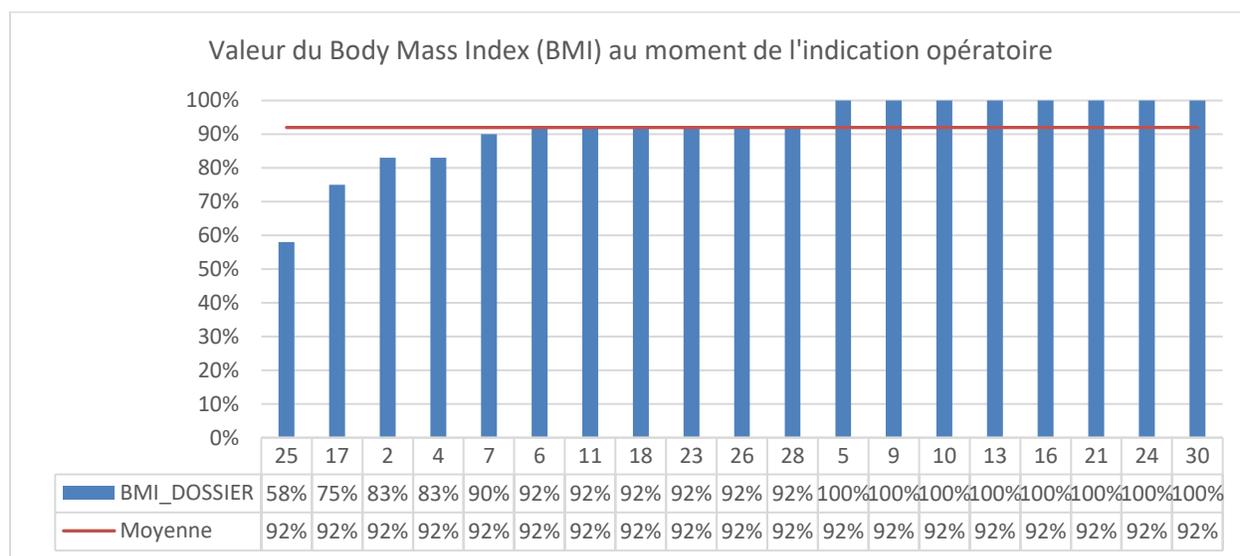


Figure 23: Item 08 BMI dossier.

5.2.2.4 ITEM 09 : BMI ICD-10-BE

La figure 24 représente le scorage (en %) des 19 hôpitaux audités pour l’item « BMI ICD-10-BE»

Cet item est utilisé pour vérifier la bonne application des règles de codage ICD-10-BE pour l’enregistrement du BMI du patient lors du séjour de chirurgie bariatrique, indépendamment des critères de la NPS.

Un score de 5/5 est attribué si le code est présent et correct. Un score de 0/5 est attribué si le codage est absent ou incorrect.



Pour 14 hôpitaux audités, le code ICD-10-BE est présent et correctement enregistré pour l'ensemble des dossiers analysés lors de l'audit. Ceux-ci obtiennent donc un score de 100 % pour cet item.

Un hôpital se distingue avec un score de 25 %.

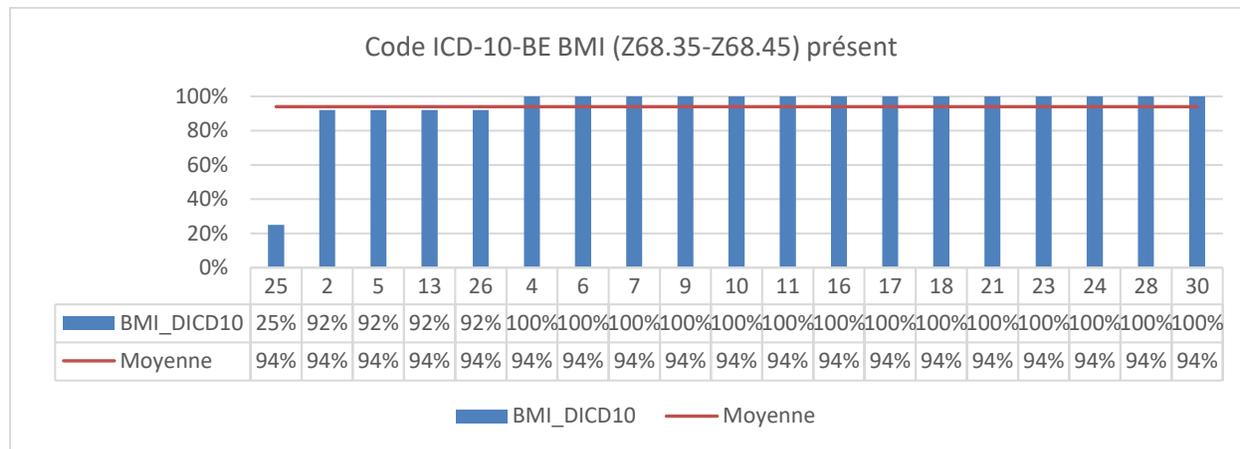


Figure 24: Item 09 BMI-ICD-BE.

5.2.2.5 ITEM 10 A 17 : DIABÈTE DOSSIER, DIABÈTE ICD-10-BE, HTA DOSSIER, HTA ICD-10-BE, APNÉES DOSSIER, APNÉES ICD-10-BE, REPRISE DOSSIER, REPRISE ICD-10-BE

Les items suivants ont été analysés et commentés lors des audits sur place. Ils n'ont cependant pas fait l'objet d'un scoring car ils ont été pris en compte dans l'item « BMI DOSSIER ». En effet, le fait qu'il s'agisse d'une réintervention ou que le patient présente des comorbidités lorsque le BMI est compris entre 35 et 39,9 est une des conditions nécessaire pour remplir les critères de remboursement de la chirurgie bariatrique.

5.2.2.6 ITEM 18 : RÉGIME

La figure 25 représente le scoring (en %) des 19 hôpitaux audités pour l'item « régime ».

Un régime suivi par le patient durant au moins un an sans résultat stable doit être clairement documenté dans le dossier du patient. Ceci représente la 3^{ème} condition pour le remboursement des prestations « traitement de l'obésité », défini à l'article 14d de la NPS.

Si ce régime est bien documenté dans le dossier du patient (par exemple sur déclaration d'un médecin nutritionniste /diététicien ou du médecin traitant), l'item de ce séjour est scoré 5/5. Si l'information d'un ou plusieurs régimes est présente dans le dossier (déclarations du patient) mais qu'il existe une imprécision quant à la durée totale du régime, un score de 3/5 est attribué. Si la documentation d'un régime est manquante, un score de 0/5 est attribué.



Un hôpital sur les 19 audités obtient un score de 100 %. Pour 2 hôpitaux, il n’y a aucune trace de régime dans les dossiers audités. Le score attribué est de 0 %. Pour 16 hôpitaux, le score varie de 5 % à 80 %.

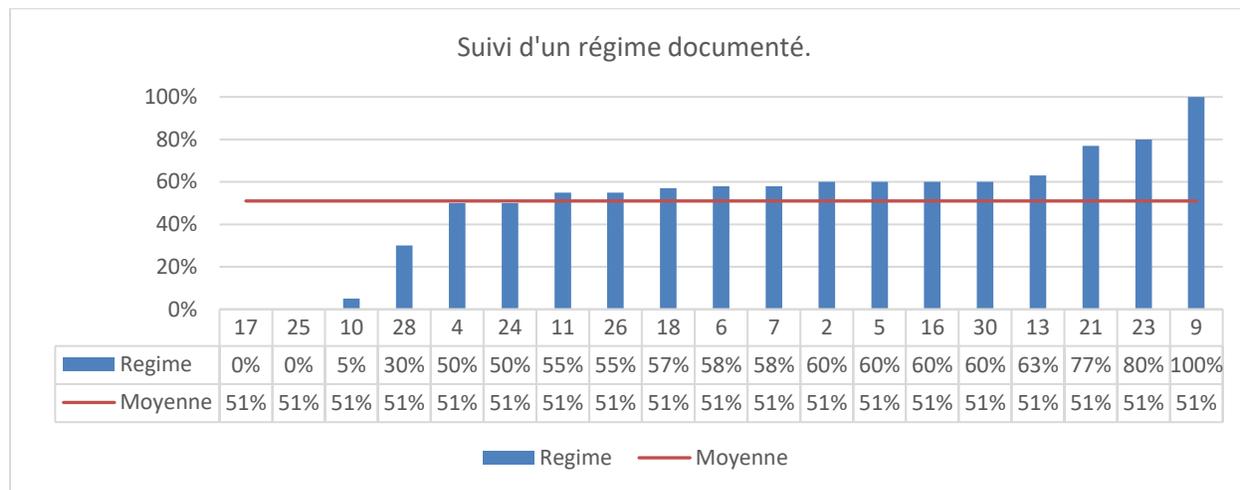


Figure 25: Item 18 Régime.

5.2.2.7 ITEM 19 : CONCERTATION BARIATRIQUE MULTIDISCIPLINAIRE (CBM)

La figure 26 représente le scorage (en %) des 19 hôpitaux audités pour l’item «Concertation bariatrique multidisciplinaire (CBM)». La CBM est la 4^{ème} condition pour le remboursement des prestations « traitement de l’obésité » défini à l’article 14d de la NPS.

Le rapport de la consultation bariatrique multidisciplinaire avec l'indication de la procédure bariatrique doit être daté et signé par tous les participants (le chirurgien, l'interniste-endocrinologue-diabétologue et le psychologue clinicien ou le psychiatre). Si ces conditions sont remplies, le score attribué pour le séjour est 5/5. Si le rapport est présent dans le dossier du patient, mais que des données sont manquantes, le score de 3/5 est attribué. En l'absence du rapport, le score est de 0/5.

Dans 4 hôpitaux, un rapport de la CBM daté et signé est présent pour tous les séjours audités. Ces hôpitaux obtiennent le score de 100% pour cet item.

Dans 2 hôpitaux, aucun rapport de CBM n’est retrouvé dans le dossier. Le score est de 0 %.

Dans 13 hôpitaux, le score varie de 5% à 93 %.

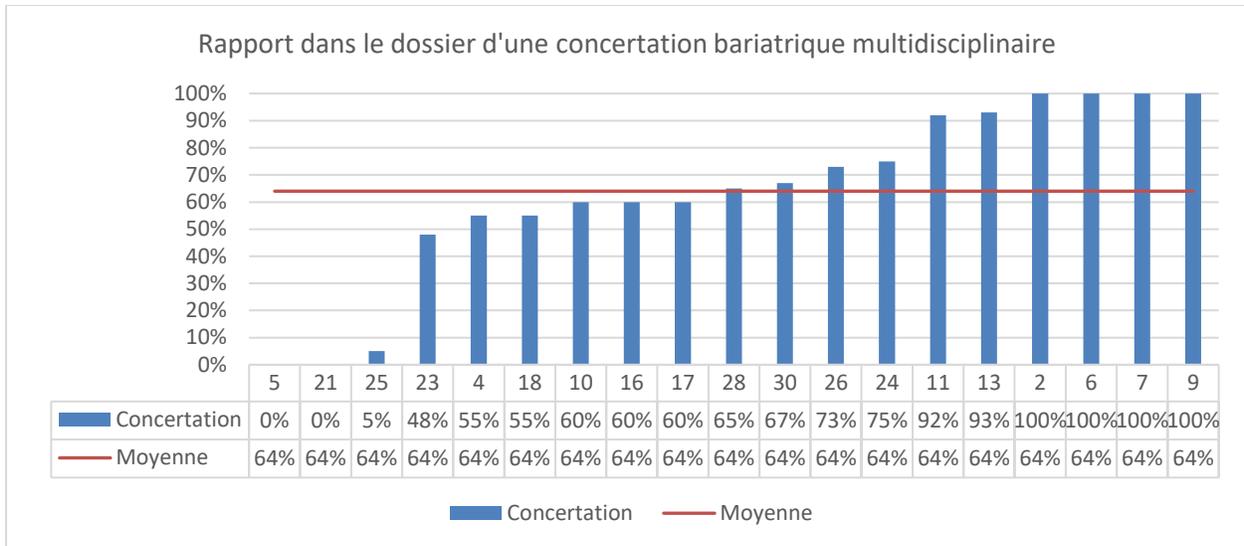


Figure 26: Item 19 Concertation bariatrique multidisciplinaire.

5.2.2.8 ITEM 20 : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

La figure 27 représente les résultats obtenus pour l’item 20 échographie. Elle représente le pourcentage, pour les 19 hôpitaux, des séjours audités pour lesquels une échographie a été réalisée en préopératoire chez le patient. Cet item ne fait pas l’objet d’un scorage.

Dans 7 hôpitaux, une échographie préopératoire a été réalisée pour l’ensemble des séjours. Aucune échographie n’a été réalisée en préopératoire dans 3 hôpitaux. Pour les 9 autres hôpitaux, le pourcentage varie de 17% à 92%.

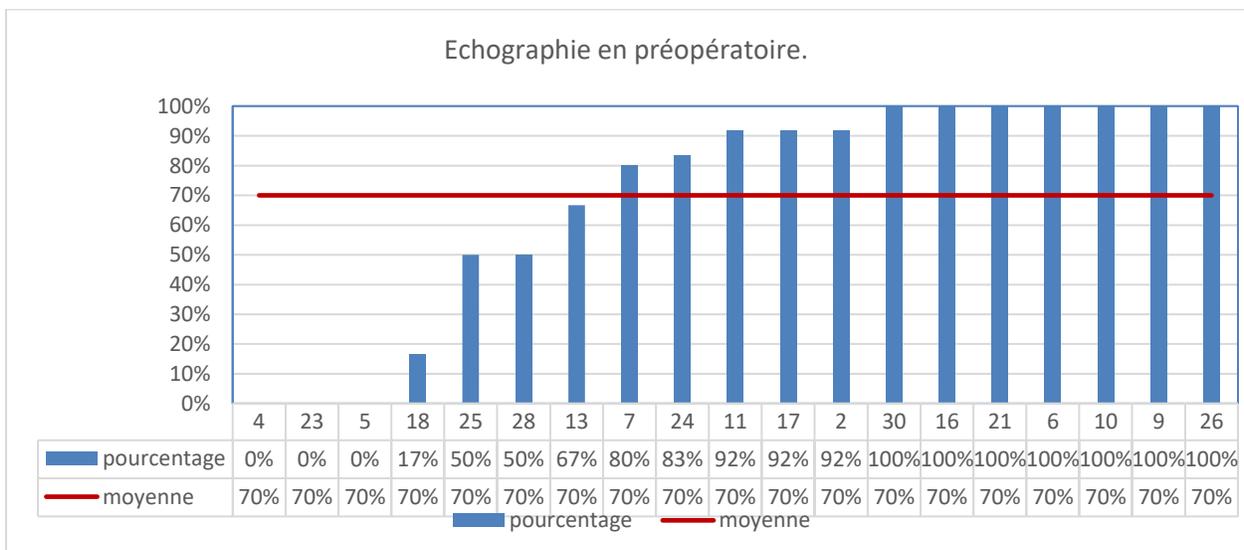


Figure 27: Item 20 Echographie abdominale.



5.2.2.9 ITEM 21 : ENDOSCOPIE

La figure 28 représente les résultats obtenus pour l’item 21 endoscopie. Elle représente le pourcentage, pour les 19 hôpitaux, des séjours audités pour lesquels une endoscopie a été réalisée en préopératoire chez le patient. Cet item ne fait pas l’objet d’un scorage.

Dans 11 hôpitaux, une endoscopie préopératoire a été réalisée pour l’ensemble des séjours. Aucune endoscopie n’a été réalisée en préopératoire dans 1 hôpital. Pour les 7 autres hôpitaux, le pourcentage varie de 8 % à 92%.

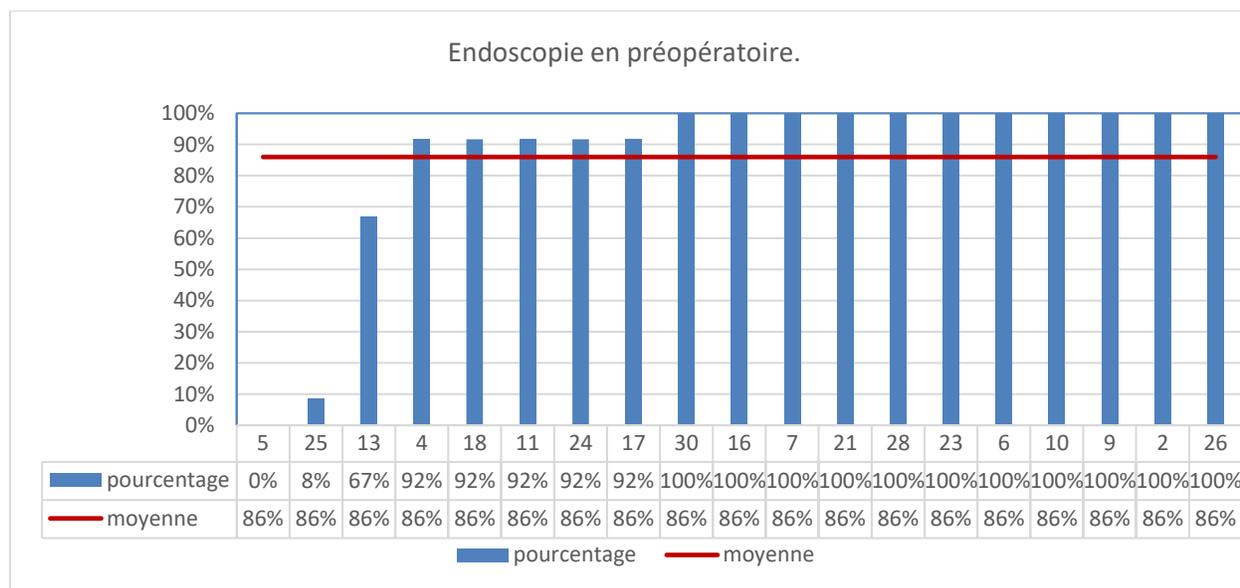


Figure 28: Item 21 Endoscopie.

5.2.2.10 ITEM 22 : PROTOCOLE OPÉRATOIRE

Cet item n’a pas fait l’objet d’un scorage.

Les protocoles opératoires sont présents pour tous les séjours de 17 hôpitaux sur les 19 audités. Pour 2 hôpitaux, le protocole opératoire d’un séjour manque dans le dossier du patient.

5.2.2.11 ITEM 23 : PROTOCOLE EN ADÉQUATION AVEC LE CODE DE NOMENCLATURE

La figure 29 représente le scorage (en %) des 19 hôpitaux audités pour l’item «protocole opératoire en adéquation avec le code de nomenclature».

Un score de 5/5 pour cet item est attribué si la prestation de chirurgie détaillée au niveau du protocole opératoire correspond au code de nomenclature attesté par le chirurgien. Dans le cas contraire, un score est de 0/5.



Dans 14 hôpitaux audités, les protocoles opératoires sont en adéquation avec le code de nomenclature facturé. Le score pour cet item est de 100 %. Dans 5 hôpitaux, le score varie entre 75 % et 92 %. (cf. point 7.2 « Codes attestés et intervention effectivement réalisées »).

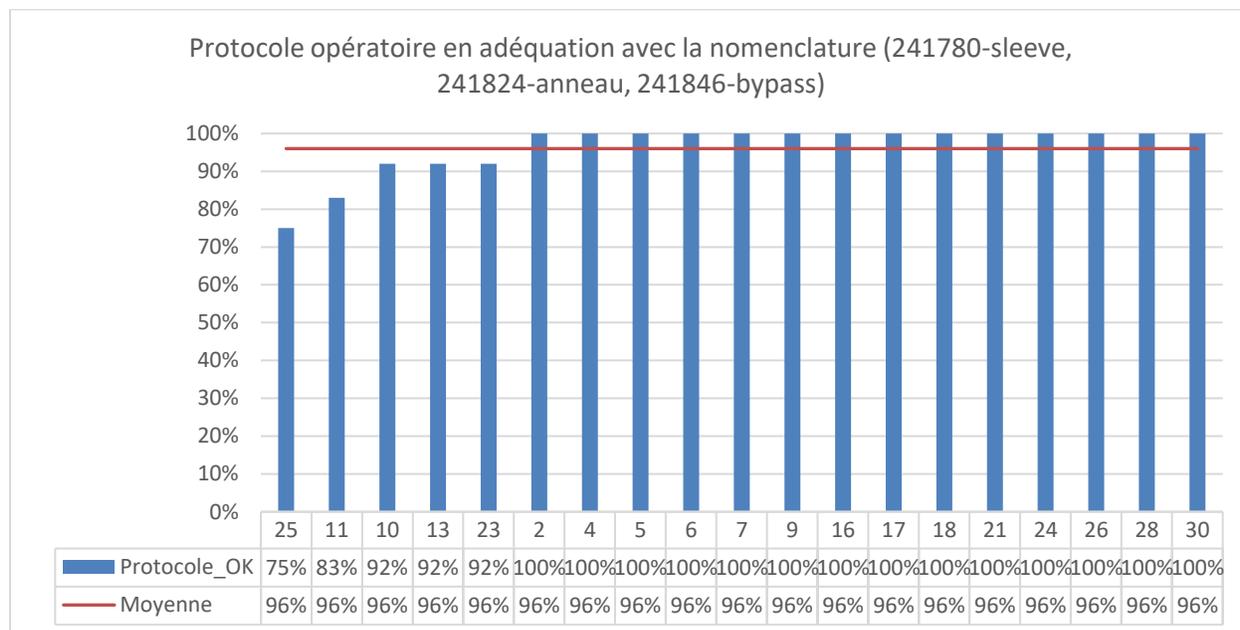


Figure 29: Item 23 Protocole en adéquation avec le code de nomenclature.

5.2.2.12 ITEM 24 : PROC ICD-10-BE

La figure 30 représente le scorage (en %) des 19 hôpitaux audités pour l’item « PROC ICD-10-BE ».

Cet item est utilisé pour vérifier la bonne application des règles de codage ICD-10-BE pour l’enregistrement de la procédure réalisée lors du séjour de chirurgie bariatrique ICD-10-PCS.

Un score de 5/5 est attribué si le code est présent et correct. Un score de 0/5 est attribué si le codage est absent ou incorrect.

Pour 8 hôpitaux audités, le code PCS est présent et correctement enregistré pour l’ensemble des dossiers analysés lors de l’audit. Ceux-ci obtiennent donc un score de 100 % pour cet item. Sept hôpitaux obtiennent un score de 92 %. Quatre hôpitaux obtiennent un score variant de 58 % à 83 %, la moyenne étant de 91 % pour cet item.

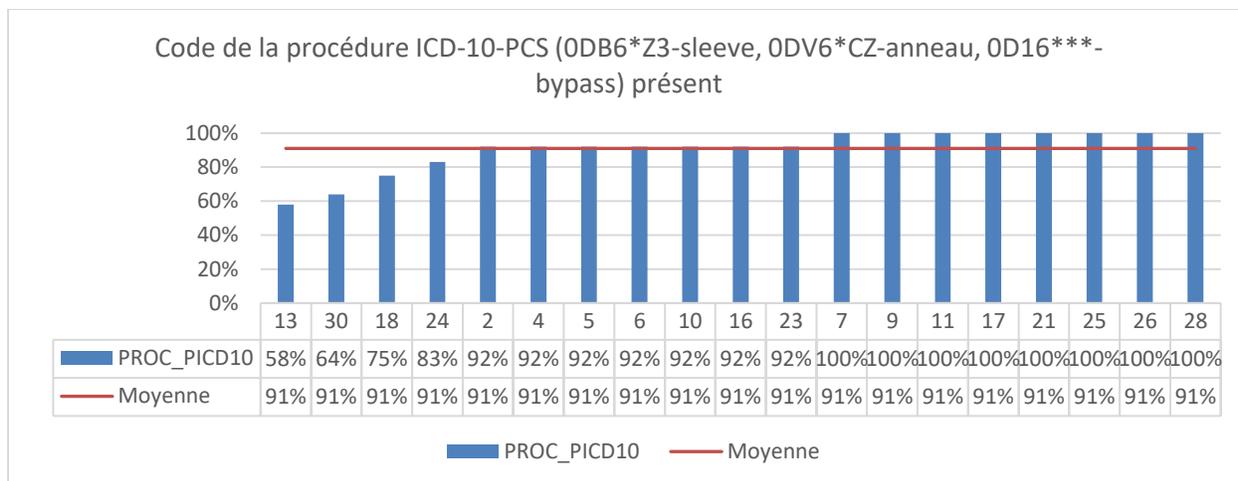


Figure 30: Item24 Code de procédure ICD-10-PCS

5.2.2.13 ITEM 25 : COMPLICATION DISPOSITIF

Quatre séjours ont fait l'objet de complications suite à la chirurgie bariatrique (complications hémorragiques, abcès et fistule au niveau de l'anastomose).

5.2.2.14 ITEM 26 : POMPE ANALGÉSIQUE PCA

La figure 31 représente, par hôpital, le pourcentage de patients ayant bénéficié d'une pompe analgésique PCA. Celle-ci est identifiée par le code de nomenclature 202344 «Honoraires forfaitaires pour la mise en fonction, la programmation, la supervision journalière et l'enregistrement, par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, d'une pompe analgésique PCA (patientcontrolled analgesia) pour l'administration de morphinomimétiques et éventuellement de co-analgésiques par voie intraveineuse (PCIA, patient controlled intravenous analgesia), en postopératoire et/ou après polytraumatisme, y compris le matériel, à l'exclusion des produits pharmaceutiques. La pompe PCA doit obligatoirement permettre de programmer les 4 paramètres suivants : vitesse continue, dose PCA, blocage PCA et limite de temps » .

Aucune pompe analgésique PCA n'a été utilisée dans 11 hôpitaux sur les 19 audités. L'usage d'une pompe analgésique PCA est systématique ou presque dans 2 institutions

Signalons que 2 pompes analgésiques PCA ont été tarifées de manière injustifiée et ne sont donc pas comptabilisées dans le graphique ci-dessus.

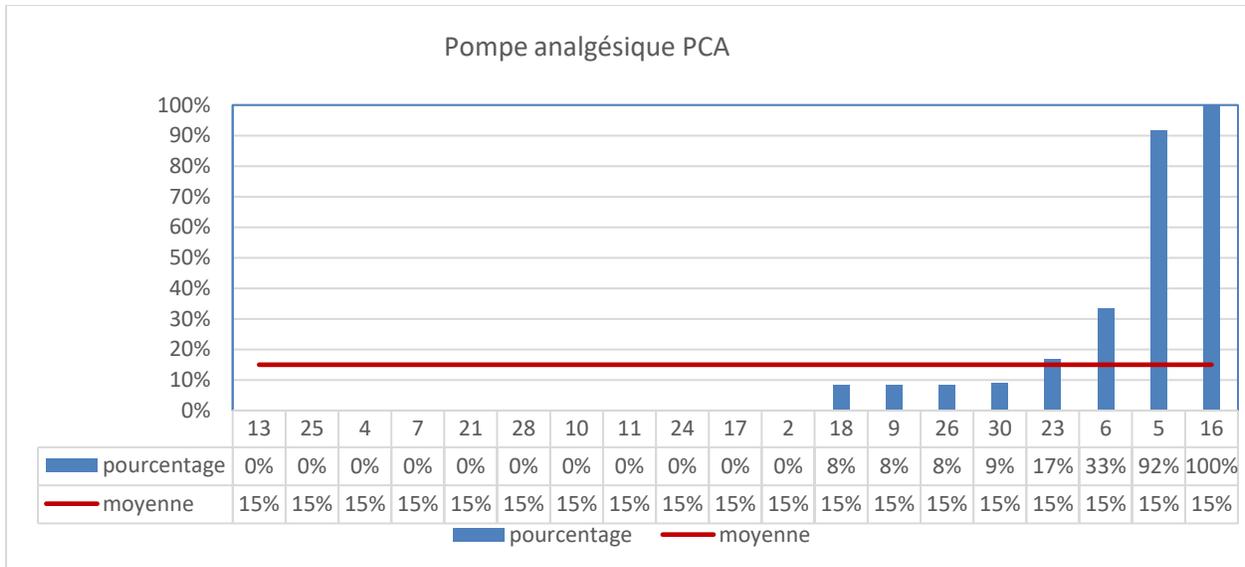


Figure 31: Item26 Pompe analgésique PCA.

5.2.2.15 ITEM 27 : LETTRE DE SORTIE

La lettre de sortie et particulièrement le rapport provisoire qui assure la continuité des soins est défini dans l'AR du 3 mai 1999, en vigueur depuis le 30/01/2000, déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical visé à l'art 15 de la Loi sur les Hôpitaux, coordonnée le 7/08/1987 doit répondre.

Dans 15 hôpitaux (cf. fig.32), la lettre de sortie est présente dans les dossiers audités, soit un score de 100%. Dans 4 hôpitaux, le score varie entre 17% et 92 %.

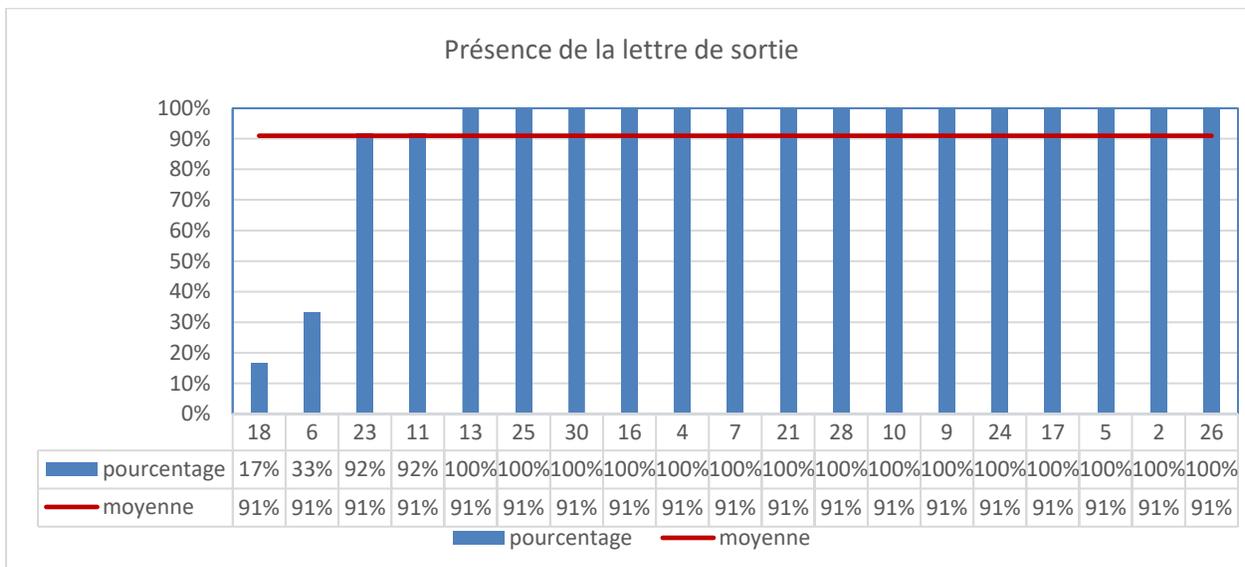


Figure 32: Item 27 Lettre de sortie.



5.2.2.16 ITEM 28 : RECOMMANDATIONS

Les recommandations relatives à la continuité des soins et au suivi post-opératoire sont généralement mentionnées brièvement dans la lettre de sortie.

Pour 5 séjours d'un hôpital, les recommandations sont présentes alors que la lettre de sortie est absente.

5.2.2.17 ITEM 29 : REGISTRE

Ce critère est la 6^{ème} condition pour le remboursement des prestations « traitement de l'obésité » défini à l'article 14d de la nomenclature des soins de santé. Un score de 5/5 est attribué si le registre est présent et répond aux modalités fixées par le Comité de l'assurance. Si le séjour est inclus dans le registre, mais avec des données incomplètes, le séjour recevra un score de 3/5. Si le séjour n'est pas inclus dans le registre, le score est de 0/5.

Dans 9 hôpitaux (47,37%), le registre est présent (cf. fig. 33) et répond aux modalités fixées par le Comité de l'assurance. Le score est de 100 %.

Dans 6 hôpitaux, le registre est présent mais ne répond pas aux modalités prévues. Le score varie de 55% à 92%.

Dans 4 hôpitaux, le registre est absent ou n'a pas été fourni. Le score est de 0 %.

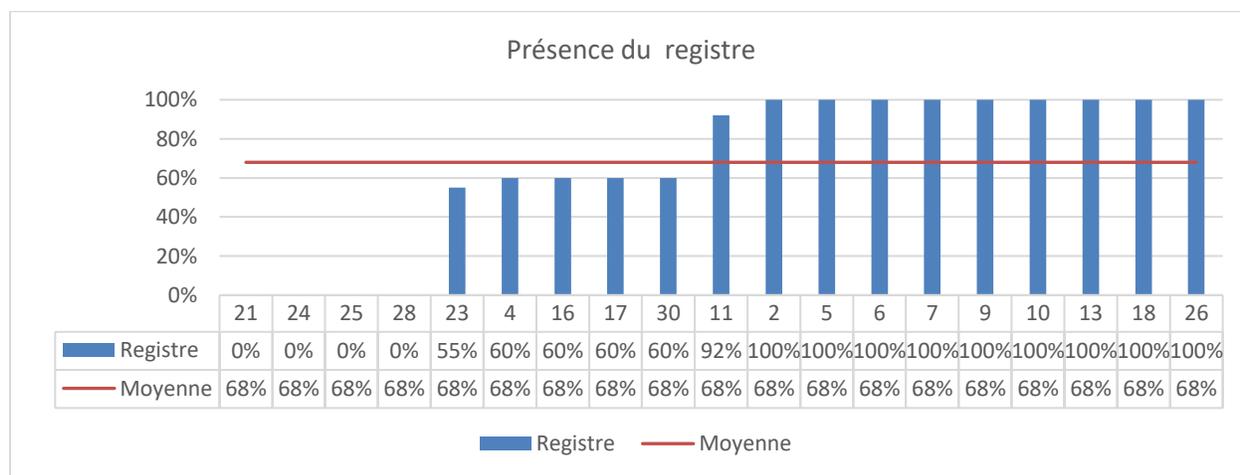


Figure 33: Item 29 Registre.



5.2.3 DPI selon certains critères BMUC

Ci-dessous, sont reprises certaines caractéristiques du Dossier Patient Informatisé selon d'une part les résultats de l'enquête menée par le SPF en 2018. Les réponses apportées par les institutions, dans cette enquête, prenaient en compte la situation de chacune en fonction de la date de leur réponse, soit entre fin 2017 et début 2018. D'autre part, dans le cadre de ce cycle d'audit, les institutions auditées ont pu compléter un questionnaire ciblé sur quelques critères BMUC en fonction de leur situation actuelle, soit dans le courant du premier semestre 2019. Enfin, les observations faites durant l'audit ont mis en évidence la situation au travers des dossiers audités pour la période de référence de 2016. Ci-dessous sont donc reprises les constatations faites dans les institutions où l'auditeur infirmier était présent.

De manière générale, nous constatons que les résultats de la visite d'audit sont conformes aux déclarations des hôpitaux. Nous notons toutefois une sur-déclaration du critère « Identification unique du patient » dans un hôpital. Cependant, nous ne pouvons actuellement pas tirer de conclusions absolues quant à la manière d'expliquer cette différence, car les périodes de référence ne correspondent pas parfaitement. Pour la « prescription électronique », nous constatons une nette progression dans les hôpitaux déjà dotés d'un système de prescription électronique. Pour le critère « communication automatisée avec le système HUB et interactions avec e-health », il a été établi que tous les hôpitaux sont connectés au système Hub-métahub. Cependant, il n'est pas possible de déterminer si un hôpital partage effectivement les documents d'un patient via le système Hub-métahub. Il ne faut pas négliger le fait que cela dépend du consentement éclairé du patient. La politique de partage des données peut également différer entre les hôpitaux. Certains hôpitaux partagent automatiquement tous les documents, d'autres uniquement la lettre de sortie (provisoire) et, par exemple, pas les rapports d'opération. Il convient donc d'affiner les critères auditables en collaboration avec l'équipe d'audit.

5.2.3.1 IDENTIFICATION UNIQUE

La figure 34 ci-dessous reprend, pour les institutions auditées et ayant reçu le questionnaire, la situation actuelle en ce qui concerne l'identification unique du patient. Il s'agit de l'attribution d'un numéro de patient et de séjour unique pour chaque patient ainsi que de la nécessité ou non d'introduire à plusieurs reprises ce numéro dans les différentes applications composant le Dossier Patient Informatisé. Sur base des institutions auditées et des séjours audités (2016), il a été constaté de grandes améliorations dans le niveau de déploiement du dossier informatisé entre la situation en 2016, les résultats de l'enquête de 2018 et la situation actuelle (courant 2019). Ainsi en 2016, peu d'institutions étaient complètement informatisées, couplant des éléments papiers avec des éléments informatisés, le tout regroupé ensuite dans un dossier unique informatisé après le scannage de toutes les parties papier.

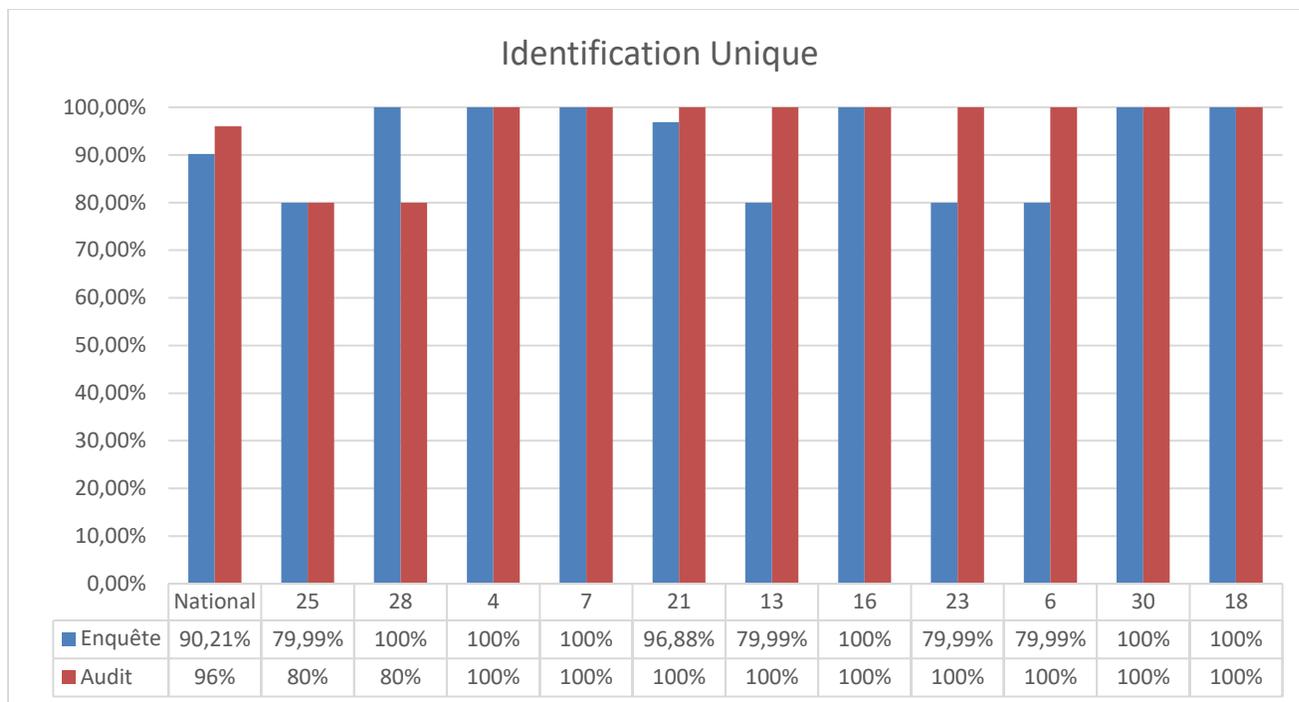


Figure 34: Comparaison du niveau d'identification unique entre l'enquête SPF et la situation auditée.

La majorité des institutions utilisent des systèmes d'exploitation ne nécessitant pas le ré-encodage du numéro d'identification du patient. Toutefois pour l'une ou l'autre institution, ce ré-encodage était requis pour consulter des éléments de dossier se trouvant dans des applications différentes.

Dans chaque institution, un numéro de patient unique est attribué ainsi qu'un numéro de séjour différencié pour chaque contact du patient avec l'institution.

5.2.3.2 PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE

La situation est plus différenciée en ce qui concerne l'e-prescription ou prescription électronique des médicaments au sein des institutions (fig. 35).

Certaines institutions utilisent l'e-prescription pour la majorité de leurs unités voire la totalité. D'autres sont en cours de déploiement institutionnel et quelques-unes utilisent encore totalement la version papier.

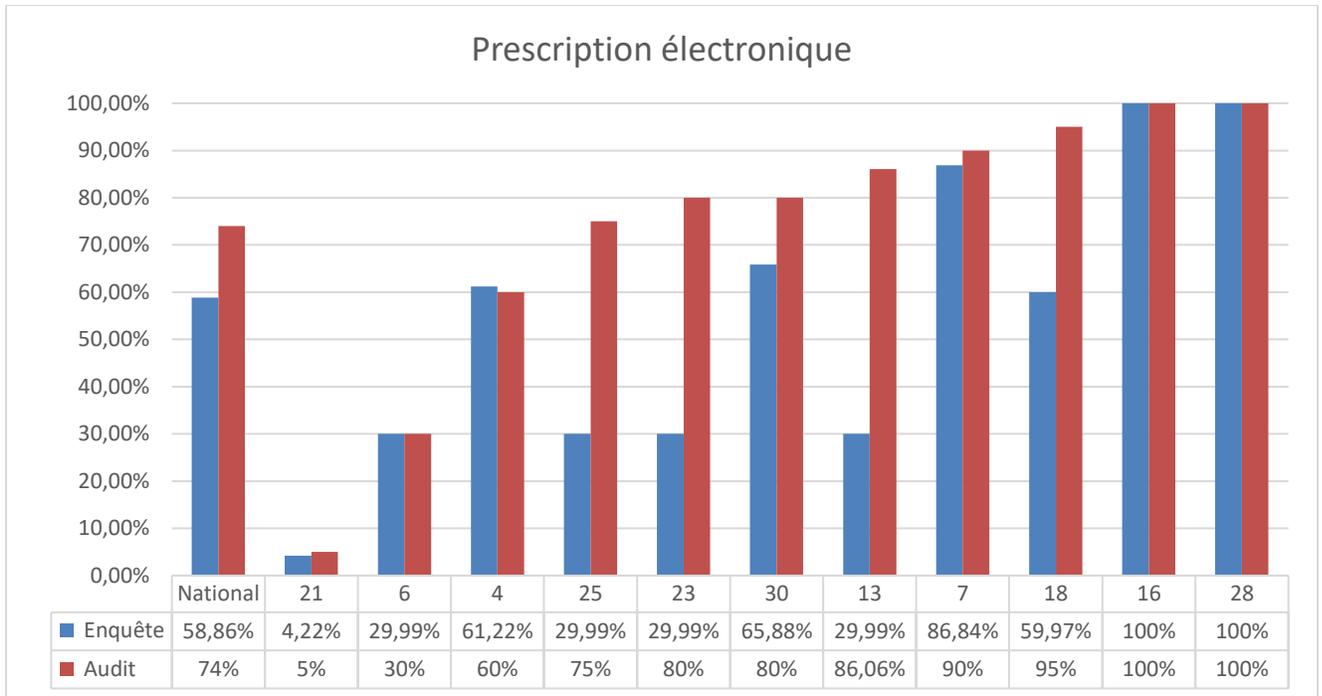


Figure 35: Comparaison de la population de prescription électronique selon l'enquête SPF et la situation auditée.

5.2.3.3 COMMUNICATION AUTOMATISÉE AVEC LE SYSTÈME HUB ET INTERACTIONS AVEC L'HEALTH

De manière générale, la situation est identique (fig.36). Le DPI ou le système informatisé d'archivage des dossiers patients est interconnecté au HUB (système d'échange d'informations médicales entre prestataires de soins) Ainsi , si le patient a donné son accord et qu'un lien thérapeutique a été créé, tous les documents se trouvant dans le système sont consultables par les intervenants externes à l'institution.

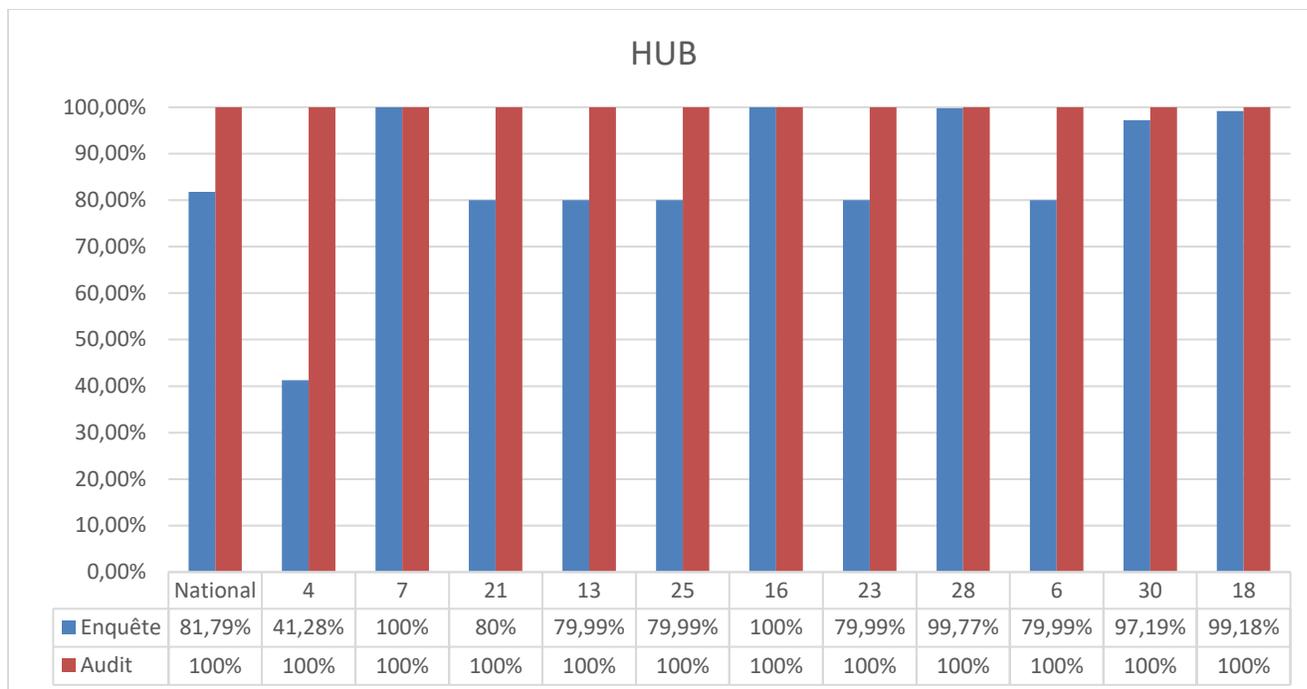


Figure 36: Comparaison du niveau de communication HUB selon l'enquête et la situation auditée.

5.2.4 Items infirmiers

Sur base d'une analyse descriptive de l'enregistrement des données DI-RHM pour les séjours concernés par la chirurgie bariatrique (voir annexe sur Portahealth pour le national et tableaux individuels), des réponses apportées au questionnaire concernant les items et l'observation des séjours audités, il est possible de mettre en évidence quelques points utiles à l'amélioration de l'enregistrement des données infirmières du RHM.

Les institutions ont répondu au questionnaire concernant les items infirmiers pouvant être scorés dans le cadre de la chirurgie bariatrique en référence à la situation actuelle, de manière à pouvoir mettre en évidence les améliorations effectuées à la lumière des dossiers audités pour l'année de référence 2016.

Lors de l'audit, aucun recodage de dossiers n'a été effectué mais certaines observations ont permis d'identifier quelques erreurs d'interprétation des règles de codage de certains items. Les observations faites et les conseils donnés doivent permettre aux institutions de réaliser des modifications dans leurs dossier patient en parallèle avec le nouveau manuel de codage du DI-RHM, version 2.0², d'application depuis le premier semestre 2018.

² https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/manuel_de_codage_di-rhm_-_septembre_2017_-_version_officielle_2.0.pdf



5.2.4.1 ITEM E100 : GESTION DES SYMPTÔMES : DOULEUR

La gestion de la douleur est un axe central de préoccupation dans la chirurgie bariatrique. Elle s'observe principalement au réveil et en post-opératoire immédiat. Les échelles EVA (Echelle Visuelle Analogique) et EN (?) sont les plus utilisées. Les consignes d'utilisation et les références de validité sont bien formalisées.

La plupart du temps, l'anesthésiste prévoit un schéma de gestion de la douleur indiquant les médicaments à administrer en fonction d'un seuil d'évaluation spécifique. Plusieurs institutions ont d'ailleurs instauré récemment le protocole 'programmes de récupération améliorée après chirurgie' (RAAC). Toutefois, il a pu être observé que parfois il n'y avait pas réellement de protocole de gestion infirmière de la douleur mais bien une mise en place d'un traitement de base qui est adapté en cas d'insuffisance.

En 2016, les dossiers audités ont mis en évidence un enregistrement injustifié de par l'absence de référence à un ordre permanent ou un ordre de gestion de la douleur.

Actuellement la mise en place de protocoles et l'implémentation du dossier infirmier facilitent et justifient davantage cet enregistrement.

5.2.4.2 ITEM E200 : GESTION DES SYMPTÔMES : NAUSÉES/VOMISSEMENTS

La gestion des nausées et/ou vomissements est également un axe prioritaire en parallèle de la gestion de la douleur dans la chirurgie bariatrique. Elle est également principalement observée au réveil et en post-opératoire. Les échelles les plus utilisées sont l'EVA, l'EN et l'INVR. Les consignes d'utilisation et les références de validité sont bien formalisées.

L'évaluation et la gestion des nausées suit la même feuille multimodale prescrite par l'anesthésiste. Toutefois, il a pu être observé que parfois il n'y avait pas réellement de protocole de gestion infirmière des nausées et/ou vomissements mais bien une mise en place d'un traitement de base qui est adapté en cas d'insuffisance.

En 2016, les dossiers audités ont mis en évidence un enregistrement injustifié de par l'absence de référence à un ordre permanent ou un ordre de gestion des nausées et/ou vomissements. Actuellement la mise en place de protocoles et l'implémentation du dossier infirmier facilitent et justifient davantage cet enregistrement.

5.2.4.3 ITEM G100 : GESTION DE LA BALANCE ALIMENTAIRE OU HYDRO-ÉLECTROLYTIQUE

Cet item est peu enregistré en hospitalisation dans le cadre de la chirurgie bariatrique de manière générale.



Les dossiers audités ont permis de constater que l'enregistrement de cet item correspond en unité de soins soit au poids à l'entrée du patient ou à sa sortie avec un calcul de la différence, soit à un suivi précis de sa diurèse en post-opératoire immédiat.

Aux soins intensifs, il correspond au calcul précis des bilans IN-OUT.

5.2.4.4 ITEM G300 : GESTION DE LA GLYCÉMIE

La gestion de la glycémie est enregistrée de manière générale en préopératoire, réveil et postopératoire de manière non systématique et uniquement chez des patients diabétiques ou dits 'à risque' et selon ordre médical spécifique. Dans ces situations, l'anesthésiste met en place un schéma d'insuline à suivre ou demande un suivi des glycémies en post-opératoire immédiat.

Les dossiers audités ont permis de mettre en évidence le plus souvent au réveil que certaines gestions de la glycémie consistaient uniquement en une simple détection sans référence à un schéma.

L'autre raison principale de non justification d'un enregistrement de cet item est l'absence d'appréciation des mesures même si elle est prévue dans le dossier.

Il a également été observé que des enregistrements avaient été effectués de manière erronée pour des soins réalisés par un membre de l'équipe diabétologie.

5.2.4.5 ITEM H200 : NOMBRE MÉDICAMENTS DIFFÉRENTS PAR VOIE IV ET H300 : FRÉQUENCE LA PLUS ÉLEVÉE MÉDICAMENTS PAR VOIE IV

Ces items sont essentiellement enregistrés pour la période de référence de 2016 au réveil et en post-opératoire.

Il s'agit principalement de perfusions d'entretien et de l'administration d'antidouleurs, d'antiémétiques et d'inhibiteurs de la pompe à protons.

En 2016, la prescription était réalisée de plusieurs manières possibles allant du simple support papier au passage par un outil d'encodage interne à l'e-prescription globalement intégrée au dossier patient.

L'évolution des techniques et l'implémentation de protocoles de type RAAC dans nombre d'institution ont permis de diminuer nettement l'administration des médicaments en intraveineux de manière à favoriser le plus rapidement possible la prise orale et la réduction de la durée de séjour.

5.2.4.6 ITEM L100 : SURVEILLANCE D'UNE PLAIE ET/OU D'UNE ZONE AVEC LÉSION DERMATOLOGIQUE ET/OU D'UN PANSEMENT ET/OU D'UN MATÉRIEL SANS SOIN DE PLAIE

Cet item est enregistré presque exclusivement au réveil et en post-opératoire.



La description de la plaie est prévue de manière très généralisée sur la feuille de transmission du bloc opératoire, mais la consultation des dossiers de 2016 a permis de mettre en évidence la fréquente absence de complétion de cet élément requis pour l'enregistrement de cet item.

5.2.4.7 ITEM N300 : PRÉLÈVEMENTS SANGUINS VEINEUX

Cet item est codé en général de manière non systématique et très dépendante du patient.

Le type de prélèvement et la validation de réalisation sont généralement bien notifiés.

Toutefois, dans plusieurs institutions, il a pu être observé que ces prélèvements étaient principalement réalisés par une équipe de prélèvements.

Il est rappelé que ces activités réalisées par du personnel de soutien ne peuvent être enregistrées dans le cadre du DI-RHM.

Une identification précise du prestataire doit permettre d'éviter un enregistrement erroné.

5.2.4.8 ITEM N500 : PRÉLÈVEMENTS SANGUINS CAPILLAIRES

Cet item est enregistré en parallèle de la gestion de la glycémie, dans le cadre de la chirurgie bariatrique.

Ce type de prélèvement n'est pas prévu de manière systématique dans le cadre de la chirurgie bariatrique et sa réalisation uniquement réalisées chez les patients diabétiques ou 'à risques'.

Le type de prélèvement et la validation de réalisation sont en général bien notifiés dans les dossiers.

5.2.4.9 ITEM S100 : EDUCATION SPÉCIFIQUE

Cet item est enregistré en préopératoire, réveil et postopératoire de manière générale.

Les sujets d'informations les plus fréquents concernent des informations relatives à la douleur, aux nausées-Vomissements, à la douche pré opératoire et majoritairement à l'éducation alimentaire qui est le plus souvent réalisée par la diététicienne.

Certaines de ces informations font partie du contexte des soins et n'auraient pas dû être enregistrées.

D'autre part, un rappel des directives d'enregistrement des activités infirmières doit être fait, dans la mesure où ces activités sont réalisées par du personnel faisant partie d'une équipe de soutien, car celles-ci ne peuvent être enregistrées dans le DI-RHM.

Il est apparu dans les dossiers audités que certains enregistrements étaient injustifiés en raison de l'absence de documentation suffisantes dans le dossier permettant d'identifier clairement la nature de l'information en lien avec un retour à l'autonomie du patient.

Toutefois, cet item n'a pas été investigué dans les dossiers de manière approfondie en raison des règles de codage modifiées et clarifiées récemment dans la version 2.0 du manuel de codage d'application depuis 2018 et limitant grandement les erreurs de codage de cet item.



5.2.4.10 ITEM S200 : SENSIBILISATION / EDUCATION CONCERNANT UNE INTERVENTION CHIRURGICALE OU UN EXAMEN DIAGNOSTIC

Cet item n'est pratiquement enregistré qu'en période préopératoire à juste titre.

Cet item n'a pas été investigué dans les dossiers de manière approfondie en raison des règles de codage modifiées et clarifiées récemment dans la version 2.0 du manuel de codage d'application depuis 2018 et limitant grandement les erreurs de codage de cet item.

5.2.4.11 ITEM V300 : SURVEILLANCE DES PARAMÈTRES VITAUX : MONITORING CONTINU

Cet item est enregistré principalement au réveil ainsi qu'aux soins intensifs.

Il s'agit de paramètres suivis à l'aide d'un appareil de monitoring de manière systématique au réveil et aux soins intensifs.

Dans les dossiers audités pour l'année de référence de 2016, il a été observé des enregistrements injustifiés en raison de l'absence d'une identification claire du caractère continu de la mesure.

La seconde raison principale est liée à l'enregistrement de la tension artérielle mesurée au brassard de manière automatique. Les règles de codage valable pour les données 2016 ne permettaient pas cet enregistrement. Les règles de codage d'application depuis juillet 2018, par contre permettent de prendre cette mesure en considération pur l'enregistrement de cet item.

5.2.4.12 ITEMS V400 : SURVEILLANCE DES PARAMÈTRES VITAUX : MONITORING DISCONTINU

Cet item est enregistré en préopératoire, réveil et postopératoire.

Il s'agit de paramètres suivis tels que la température, le pouls, la tension artérielle, la fréquence respiratoire et la saturation en oxygène.

Ces paramètres sont généralement notifiés de manière claires et précises ainsi que la validation de leur réalisation.

5.2.4.13 ITEM Z100 : EVALUATION FONCTIONNELLE, MENTALE, PSYCHO-SOCIAL

Cet item n'est quasiment pas enregistré dans le cadre de la chirurgie bariatrique.



6 Synthèse de toutes les suggestions des hôpitaux audités

Quelques suggestions et réflexions ont été émises par les équipes de chirurgie bariatrique rencontrées dont voici le résumé est repris ci-dessous.

Suggestions concernant les critères de remboursement de la chirurgie bariatrique

- Déroger aux critères de la nomenclature pour le remboursement de la chirurgie bariatrique pour des cas exceptionnels :
 - ✓ Patient très motivé avec un âge <18 ans, si présence d'indications cliniques strictes ;
 - ✓ Patient en attente de transplantation rénale ;
 - ✓ Patient diabétique ayant un BMI entre 30 et 35.
- Remplacer le critère « Suivi d'un traitement par régime durant au moins 1 an par le patient » par « Documentation du suivi d'un traitement par régime pendant 6 mois dans un centre avec un remboursement lié à l'assiduité ». Ceci permettrait un meilleur contrôle de ce critère.
- Ajouter de nouveaux critères de remboursement :
 - ✓ Perte de poids avant l'intervention afin d'évaluer la motivation du patient ;
 - ✓ Présence d'un syndrome métabolique (à définir par un consensus clair).
- Revoir, d'un point de vue éthique, la pertinence de la chirurgie bariatrique réalisée chez de très jeunes patients répondant aux critères de remboursement (durée de la prise en charge plus longue).
- Etablir un contrat avec les patients exigeant une remise à l'effort en préopératoire, un régime avec diminution de la valeur du BMI, comme condition de remboursement.

Suggestions concernant le financement du trajet de soins

- Financement d'un cadre administratif, coordinateur/personne de contact, pour le centre d'obésité ;
- Financement des prestataires qui participent à la concertation multidisciplinaire, par analogie avec la concertation multidisciplinaire oncologique ;
- Financement de la prise en charge pré- et postopératoire :
 - ✓ Selon les modèles hollandais et australien : remboursement de consultations diététiques, psychologiques et d'une activité physique régulière en postopératoire uniquement si le patient s'y présente, ou paiement à la consultation et remboursement à la consultation suivante ;
 - ✓ Contribution financière pour les médecins traitants et autres prestataires permettant de mieux les impliquer dans tout le trajet de soins. Ceci permettrait un meilleur suivi des patients obèses et une meilleure prévention des complications postopératoires tardives ;
- Prise en charge financière éventuelle du matériel d'intervention par l'assurance maladie ;
- Attribution d'un code de compétence distinct à un médecin porteur d'une attestation en nutrition.

Suggestions concernant les codes de la nomenclature

- Création de nouveaux codes de NPS pour :



- ✓ Réinterventions bariatriques à effectuer uniquement dans des centres spécialisés et dont le financement sortirait du cadre législatif des soins à basse variabilité ;
 - ✓ Réinterventions bariatriques en raison du temps et du risque opératoire ;
 - ✓ Autres techniques, ex. le Tore- Transoral Outlet Reduction réalisée après bypass ou le « Endoscopic sutured gastroplasty » (Endoluminal gastroplasty as treatment of obesity by Endomina™) (proposé par un gastro-entérologue);
 - ✓ Consultation d'un patient obèse, dans le cadre de la chirurgie bariatrique, chez le psychologue et chez le diététicien;
 - ✓ Chirurgie de complications précoces ou tardives (de plus en plus fréquentes) après chirurgie bariatrique, ex. rétablissement de transit suite à des sténoses cicatricielles ou bypass agressifs ;
- Clarification de la facturation à appliquer lors d'une double intervention réalisée dans le même champ opératoire, ex. chirurgie bariatrique et intervention pour hernie hiatale.

Autres remarques générales :

- Nécessité d'une autorité académique pour mettre un frein à l'activité clandestine, sources de nombreuses complications, vu le taux élevé de chirurgie bariatrique en Belgique ;
- Nécessité de gérer les complications de la plicature gastrique réalisée dans d'autres institutions qui l'attestent comme cholécystectomie ou cure d'hernie hiatale ;
- Création d'un trajet de soins bariatrique authentique ou d'une filière pré- et postopératoire bien conduite à appliquer dans chaque centre pratiquant cette spécialité ;
- Investir massivement dans des campagnes de prévention pour juguler ce flot croissant de patients obèses en souffrance ;
- Création d'une convention pour le suivi postopératoire, par analogie à la convention du patient diabétique ;
- Création de centres assurant la prise en charge des adolescents obèses ;
- Révision du mode de transmission de l'Annexe 77 et diminution des contraintes administratives relatives à cette annexe comme les réintroductions nécessaires en cas de modification de la date opératoire ;
- Importance d'insister sur la motivation du patient tout au long du trajet de soins quant à son comportement alimentaire (ex. développement d'une application web...) ;
- Automatisation d'un enregistrement national des cas de chirurgie bariatrique, par analogie au registre du cancer.

7 Autres observations relevées par le service audit

7.1 Réinterventions

Trente-quatre séjours sur les 228 examinés concernent des patients qui sont hospitalisés pour une « réintervention » de chirurgie bariatrique (cf. fig.37). Ces patients ont subi antérieurement une



intervention par banding dans 59 % des cas et une intervention de type bypass ou sleeve dans 18 % des cas. Dans 23 % des cas, la première intervention bariatrique n'est pas définie.

Après banding, 65 % des patients bénéficient d'un bypass et 30 % d'un sleeve. Un patient a subi à nouveau une intervention par banding. Signalons qu'une intervention de type sleeve, réalisée chez un patient dont le BMI est inférieur à 35 (27,8), a été attestée par le code de nomenclature 241485 « Gastrectomie subtotale ».

En ce qui concerne les 3 patients qui ont subi précédemment un bypass, les réinterventions ont consisté en une intervention selon la technique minibypass, distalisation de l'anse grêle et sleeve. Pour le patient en récurrence d'obésité après bypass et chez qui une distalisation de l'anse grêle a été réalisée, le code de nomenclature 243246 « Résection segmentaire du grêle » a été attesté. L'intervention de type sleeve après le bypass initialement réalisé correspond à une résection de la dilatation gastro-jéjunale.

Après une première intervention par sleeve, 2 patients ont été opérés d'un bypass et un patient selon la technique minibypass.

Intervention préalable	Nbr	%	Réintervention	Nbr	%
Banding	20	59%	Bypass	13	65%
			Sleeve	6	30%
			Banding	1	5%
Bypass	3	9%	Minibypass	1	33%
			Distalisation grêle	1	33%
			Sleeve	1	33%
Sleeve	3	9%	Bypass	2	67%
			Minibypass	1	33%
Inconnu	8	23%	Bypass	5	62%
			Sleeve	2	25%
			Banding	1	13%

Figure 37: Répartition des réinterventions.

7.2 Codes attestés et interventions effectivement réalisées

Parmi 27 patients, pour lesquels un code de nomenclature correspondant à une intervention de type bypass a été attesté (241846), ont été effectivement réalisées :

- Technique de type minibypass (24 patients) ;
- Intervention de type sleeve (2 patients) ;
- Technique de type SADI (1 patient).

Un code de nomenclature correspondant à une gastroplastie de réduction de type sleeve (241780) a également été attesté pour un patient ayant bénéficié d'un minibypass. Pour 5 patients ayant effectivement bénéficié d'une intervention bariatrique de type sleeve, ont été attestés :

- Codes de nomenclature correspondant au bypass (241846) (2 patients) ;



8 Discussion

8.1 Résultats globaux, trajet de soins et séjours audités

Le graphique radar (Fig. 38) représente les résultats des 9 critères analysés pour les 12 séjours audités au sein des 19 hôpitaux. Vu le nombre d'hôpitaux examinés limités (19/97) et le fait que ceux-ci ont été sélectionnés parmi les hôpitaux avec le plus grande nombre d'interventions, une extrapolation n'a pas été effectuée.

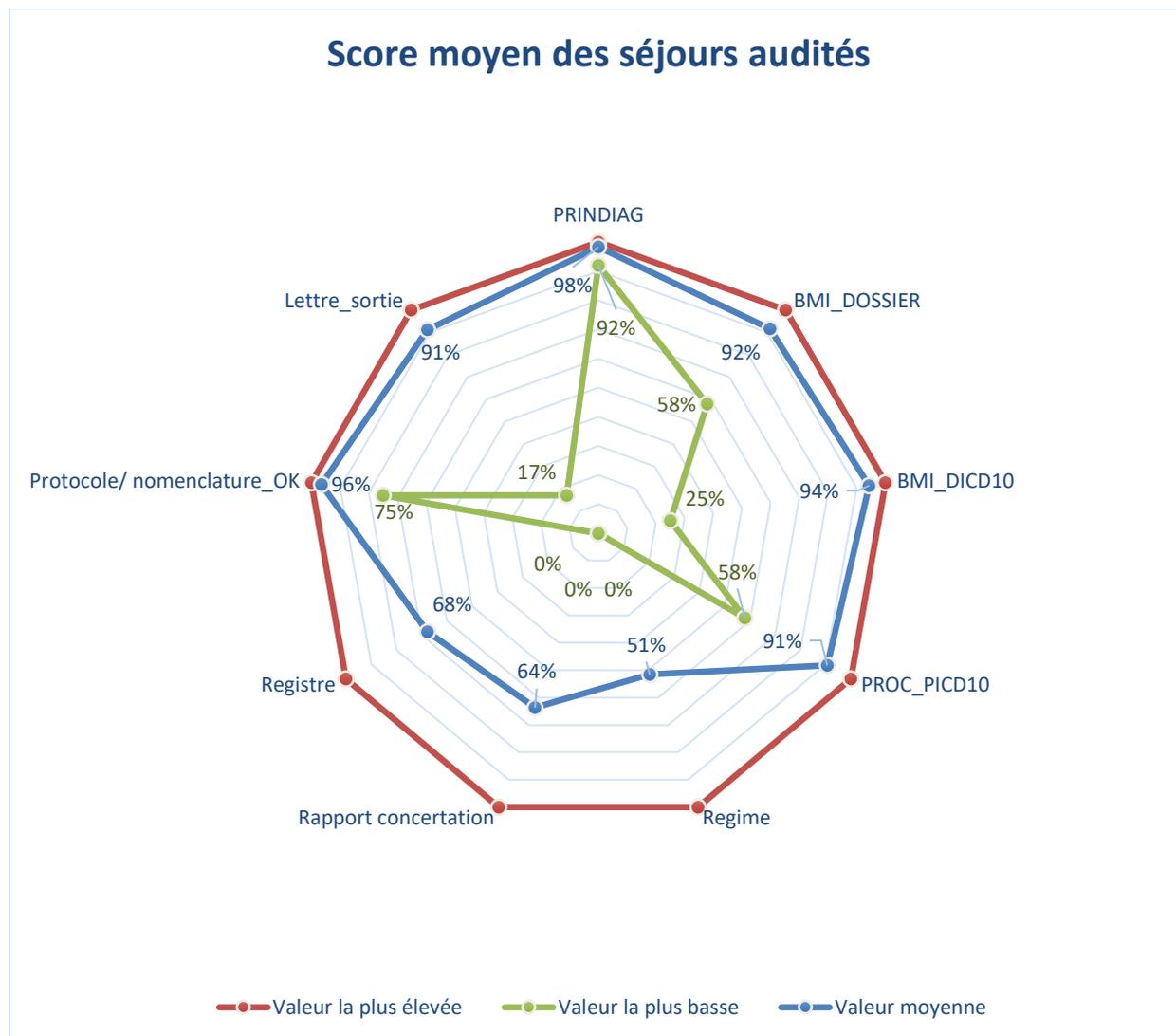


Figure 38: Score le plus bas, moyen et le plus élevée de tous les séjours audités pour 9 items.

Trois critères (PRINDIAG, BMI-DICD10, PROC_PICD10) sont basés sur le codage selon l'ICD-10-BE en vigueur depuis le 01/01/2015. Cinq critères (fichier BMI, régime alimentaire, consultation multidisciplinaire, registre, adéquation protocole opératoire /nomenclature) proviennent de l'article 14d de la nomenclature des soins de santé concernant la chirurgie bariatrique (annexe à l'AR du 14/09/1984)



et de l'article 22bis et ter du règlement des soins de santé (RSS du 28/07/2003). Le critère « lettre de sortie » est défini par l'arrêté royal du 3 mai 1999 fixant les conditions minimales générales auxquelles doit satisfaire le dossier médical visé à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Le score attendu est de 100% pour l'ensemble des critères puisqu'ils entrent en ligne de compte pour les conditions de remboursement de l'INAMI et pour le financement des séjours via le BMF.

8.1.1 Bilan préopératoire

Il apparaît qu'au sein du service de chirurgie bariatrique des 19 hôpitaux audités, le patient se présente majoritairement de lui-même et est très peu référencé par le médecin traitant (excepté pour 2 hôpitaux) ou par un spécialiste. Le médecin traitant n'a ainsi pas souvent un rôle actif dans l'initiation de la chirurgie.

L'étude du bilan préopératoire du patient pris en charge en chirurgie bariatrique montre une disparité en termes de consultations et de type d'examen complémentaires réalisés. Cette disparité peut s'expliquer par l'absence de recommandations belges relatives à la prise en charge chirurgicale chez l'adulte.

Des consultations préopératoires sont systématiquement réalisées, au sein des 19 hôpitaux audités, chez le chirurgien, chez le psychiatre/psychologue clinicien et au sein de 18 hôpitaux chez le diététicien/nutritionniste. Les autres consultations préopératoires varient, d'un hôpital à l'autre, tant au niveau de la fréquence que du type de spécialiste consulté.

En préopératoire, les hôpitaux audités programment systématiquement une échographie et une gastroscopie dans respectivement 74 % et 89 % des cas, ce qui a pu se vérifier lors de l'analyse des séjours de chirurgie bariatrique. Un OED est réalisé systématiquement dans 11% des cas (2 hôpitaux) et selon l'état clinique dans 47 % des cas. Des examens de type polygraphie, dexaméthasone test, manométrie (en cas de sleeve), breath test sont systématiquement réalisés dans une institution distincte. Dans un des hôpitaux audités, le bilan préopératoire et les divers examens sont effectués lors d'une hospitalisation de 2 jours/1 nuitée.

La durée du trajet préopératoire, c'est-à-dire la durée entre la première consultation et l'intervention, est inférieure à 4 mois dans 63% des cas, comprise entre 4 et 6 mois dans 32% des cas et supérieure à 6 mois dans 5% des cas. En France, la Haute autorité de la santé³ propose une phase préopératoire d'une durée minimale de six mois. En Suisse, les directives de la Swiss Society for the Study of Morbid Obesity⁴ sur délégation de l'Office fédéral de la santé publique, prévoient un intervalle minimum de trois mois.

8.1.2 Information du patient

Pour tous les hôpitaux audités, l'information aux candidats pour une chirurgie bariatrique est prodiguée directement par les spécialistes. La moitié des hôpitaux organise également des sessions d'information collective et 17 hôpitaux mettent des brochures d'informations à la disposition des patients.

³ www.has-sante.fr

⁴ www.smob.ch



8.1.3 REGIME (item 18)

ART14.D DE LA NPS.

(...)

AR 3.8.2007 (EN VIGUEUR 1.10.2007)

CES PRESTATIONS NE SONT REMBOURSABLES QU'AUX CONDITIONS SUIVANTES :

(...)

3° AVOIR SUIVI PENDANT AU MOINS 1 AN UN TRAITEMENT PAR UN RÉGIME DOCUMENTÉ SANS OBTENIR DE RÉSULTAT STABLE;

4° (...) LE RAPPORT DE LA CONCERTATION AINSI QUE LES DONNÉES RELATIVES AU TRAITEMENT PAR RÉGIME SE RETROUVENT DANS LE DOSSIER MÉDICAL.

(....)

Le score moyen pour le régime est de 51%. La nature, durée (au moins 1 an) et efficacité du régime ne sont souvent pas vérifiables et il s'agit la plupart du temps d'une déclaration de l'assuré. Le plus souvent, l'anamnèse diététique évoque des antécédents de régimes, sur parole du patient, mais sans précision au niveau des dates et des durées. Les informations relatives aux régimes antérieurs sont absentes dans les dossiers médicaux audités des patients de 3 institutions.

Un hôpital atteint le score de 100 % grâce à une bonne coordination, une bonne collaboration avec le médecin traitant qui a répertorié les différents régimes suivis par le patient.

Les institutions auditées mentionnent la difficulté de répertorier, de façon documentée, le régime suivi par les patients autrement que sur parole de ces derniers. La collaboration avec le médecin traitant pourrait contribuer à une meilleure documentation. Dans ce cadre, une convention pourrait être conclue entre le patient, le médecin traitant et le service de prise en charge des patients obèses.

Il est à signaler qu'un des critères pour bénéficier de l'intervention de chirurgie bariatrique en Suisse⁵, est que le patient ait déjà dans son parcours au minimum deux ans de traitements conventionnels sans résultat. Ces deux années exigées ne doivent pas forcément être consécutives ni précéder directement l'intervention. Elles comprennent non seulement les éventuels régimes et traitements médicamenteux, mais également les traitements psychologiques.

8.1.4 CBM (item 19)

ART14.D DE LA NPS.

(...)

AR 3.8.2007 (EN VIGUEUR 1.10.2007) + AR 29.4.2008 (EN VIGUEUR 1.6.2008)

CES PRESTATIONS NE SONT REMBOURSABLES QU'AUX CONDITIONS SUIVANTES :

(...)

4° APRÈS UNE CONCERTATION BARIATRIQUE MULTIDISCIPLINAIRE EFFECTUÉE AU PRÉALABLE À LAQUELLE PARTICIPENT CONJOINTEMENT ET AU MOINS OUTRE LE MÉDECIN SPÉCIALISTE EN CHIRURGIE, UN MÉDECIN SPÉCIALISTE EN MÉDECINE INTERNE, ET UN MÉDECIN SPÉCIALISTE EN PSYCHIATRIE, OU UN PSYCHOLOGUE CLINIQUE. LE RAPPORT DE CETTE CONCERTATION EXPLICITANT L'INDICATION OPÉRATOIRE DOIT ÊTRE SIGNÉ PAR LES TROIS

⁵ <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-467/Chirurgie-bariatrique-quelle-est-la-duree-ideale-de-l-itineraire-preoperatoire>



PARTICIPANTS DES DISCIPLINES PRÉCITÉES. LE RAPPORT DE LA CONCERTATION AINSI QUE LES DONNÉES RELATIVES AU TRAITEMENT PAR RÉGIME SE RETROUVENT DANS LE DOSSIER MÉDICAL.(...)

Dans 4 hôpitaux audités, le chirurgien n'organise pas de CBM. Dans les 15 hôpitaux où le chirurgien organise une CBM, 7 équipes de chirurgie bariatrique rédigent un rapport signé et daté conforme à la NPS.

Pour les séjours audités, le score moyen pour la concertation bariatrique multidisciplinaire est de 64%. Dix hôpitaux ont un score supérieur à la moyenne dont 4 ont un score de 100%. En outre, 9 hôpitaux sur 19 n'atteignent pas le score moyen de 64%. Pour deux d'entre eux, cette concertation bariatrique multidisciplinaire est inexistante. Les obstacles évoqués par les hôpitaux à l'organisation d'une telle consultation sont souvent de nature financière et/ou organisationnelle (par exemple, la signature électronique).

L'objectif de ce rapport de CBM est principalement de montrer qu'il existe une concertation entre tous les prestataires concernés avec une décision commune et fondée sur l'indication opératoire.

8.1.5 Techniques chirurgicales

En ce qui concerne le type de chirurgie attestée par les 97 hôpitaux, le bypass et la sleeve représentent respectivement 59 % et 32 % des interventions bariatriques (Cf. fig. 1). La technique du banding est, dans l'ensemble, moins fréquente (2 % des interventions), bien qu'elle représente au moins 5 % des interventions bariatriques dans 8 institutions. L'une d'entre elles se distingue des autres, par une pratique du banding représentant 60 % de ses séjours de chirurgie bariatrique. Or, il s'avère que le banding a une efficacité modérée et des effets moindres sur la perte poids par rapport au bypass et à la sleeve, et se caractérise surtout à long terme par des taux élevés de reprise de poids et de complications amenant de fréquentes réinterventions (jusqu'à 40 à 50 %)⁶.

L'attestation d'autres codes de nomenclature représente 7% des séjours (1109 séjours) (fig.1). Parmi ceux-ci, le code 241043 « Hernie diaphragmatique ou hiatale par voie abdominale » est attesté dans 25% des cas (figure 2). Rappelons qu'il s'agit des codes facturés dans le cadre de séjours classés dans un APR-DRG 403 et/ou dont le diagnostic principal est issu de la catégorie E66 et classés dans un APR-DRG chirurgical.

Pour les 19 hôpitaux audités, les indications et contre-indications du bypass et de la sleeve sont reprises au point 5.2.1.2. A noter que pour 1 hôpital, la maladie de Crohn n'est pas une contre-indication à la chirurgie bypass. Dans le cadre d'une intervention de type sleeve, un hôpital réalise systématiquement

⁶ Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). Bariatric surgery : An HTA report on the efficacy, safety and cost-effectiveness, 2019. Disponible à partir : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_316_Bariatric_surgery_Report_0.pdf



une cholécystectomie et 6 hôpitaux en cas de lithiases vésiculaires asymptomatiques. Lors d'une opération de type bypass, 3 hôpitaux pratiquent une cholécystectomie systématiquement et 9 hôpitaux en cas de lithiases vésiculaires symptomatiques.

Trente-quatre séjours sur les 228 examinés concernent des patients qui sont hospitalisés pour une « réintervention » de chirurgie bariatrique (cf. fig.37). Il s'agit principalement de patients qui ont subi antérieurement une intervention par banding (20 séjours représentant 59 % des cas). Parmi eux, 13 patients bénéficient d'un bypass (65%), 6 patients d'un sleeve (30%) et 1 patient d'un banding (5%). Ceci rejoint les constatations du KCE sur, entre autres, le taux élevé de réinterventions après banding et donc sur le caractère obsolète de celui-ci.

8.1.6 Suivi postopératoire

L'étude du bilan postopératoire du patient opéré montre, comme pour le bilan préopératoire, une disparité en termes de consultations et de type d'examens complémentaires réalisés.

En postopératoire, 37 % des hôpitaux audités réalisent systématiquement un OED (7 hôpitaux) et 21 % un test au bleu de méthylène (4 hôpitaux). Le bilan biologique est réalisé systématiquement dans 71 % des cas (10 hôpitaux).

Des consultations postopératoires sont organisées par les hôpitaux et généralement sur une période de 2 ans. Des consultations sont systématiquement réalisées chez le chirurgien dans 95 % des cas, chez le psychiatre/psychologue clinicien dans 28 % des cas (5 hôpitaux), chez le diététicien/nutritionniste dans 89 % des cas (16 hôpitaux) et chez l'endocrinologue dans 13 % des cas (2 hôpitaux). Les autres consultations postopératoires varient, d'un hôpital à l'autre, au niveau de la fréquence et du type de spécialiste consulté, souvent en fonction de l'état clinique du patient. Il faut souligner que les patients consultent de moins en moins la deuxième année postopératoire, souvent pour une raison financière.

Concernant la gestion de la douleur, 9 hôpitaux sur les 97 placent une pompe analgésique PCA après chirurgie bariatrique dans plus de 70 % des cas (identifiée par le code de nomenclature 202344) et 34 hôpitaux n'en attestent pas au cours de l'année 2016.

Au sein des 19 hôpitaux audités, 11 n'ont pas utilisé de pompe analgésique PCA, 2 l'utilisent presque systématiquement. L'utilisation des AINS est assez controversée, certains hôpitaux considèrent que ce type de chirurgie représente une contre-indication absolue aux AINS tandis que d'autres les utilisent systématiquement en postopératoire.

Concernant la prévention anti thrombotique au sein des hôpitaux audités, elle est assurée par l'injection d'héparine de bas poids moléculaire pour les 19 hôpitaux. Le port de bas de contention est utilisé dans 17 hôpitaux, 4 hôpitaux utilisent la compression intermittente et 4 hôpitaux proposent de la kinésithérapie.



8.1.7 REGISTRE (item 29)

ART14.D DE LA NPS

(...) CES PRESTATIONS NE SONT REMBOURSABLES QU'À AUX CONDITIONS SUIVANTES :

AR 13.6.2010 (EN VIGUEUR 1.09.2010)

(...)

6° UN REGISTRE DE L'ENSEMBLE DES INTERVENTIONS BARIATRIQUES EST TENU PAR HÔPITAL. LES MODALITÉS DE CET ENREGISTREMENT SONT FIXÉES PAR LE COMITÉ DE L'ASSURANCE.

(...)

RÈGLEMENT DU 28 JUILLET 2003 PORTANT EXÉCUTION DE L'ARTICLE 22, 11° DE LA LOI RELATIVE A L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTE ET INDEMNITÉS, COORDONNÉE LE 14 JUILLET 1994

NOTIFICATION ET ENREGISTREMENT D'UNE INTERVENTION BARIATRIQUE

ART 22BIS 01/09/2010 : LA NOTIFICATION POUR INTERVENTION BARIATRIQUE VISÉE SOUS L'INTITULÉ "TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ" À L'ARTICLE 14, D), 5°, DE LA NOMENCLATURE EST ÉTABLIE CONFORMÉMENT AU MODÈLE REPRIS À L'ANNEXE 77.

ART22TER 01/09/2010 : LE REGISTRE VISÉ SOUS L'INTITULÉ "TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ" À L'ARTICLE 14, D), 6°, DE LA NOMENCLATURE EST TENU DE FAÇON ÉLECTRONIQUE. IL CONTIENT AU MOINS LES DONNÉES QUI SONT REPRIS DANS LA NOTIFICATION VISÉE À L'ARTICLE 22BIS.

Le registre bariatrique doit contenir, au moins, les données du formulaire de notification (Annexe 77). Cela inclut les détails d'identification du patient et de l'hôpital, la procédure prévue, la date de la procédure prévue, les indications de la procédure (critère principal du BMI et toute indication supplémentaire ou réintervention).

Le score moyen pour le registre est de 68 %. Un registre des interventions bariatriques est tenu par 15 hôpitaux sur les 19 et dans 6 d'entre eux, certaines informations prévues par le Comité de l'assurance sont manquantes. Dans 4 hôpitaux, le registre est absent.

Le registre sous sa forme actuelle n'est pas adapté pour la recherche et/ou à des fins statistiques. Un registre standardisé pourrait être la solution. Il existe actuellement d'autres registres internationaux comme iBAR "iBAR-International BAriatric Registry", SOFFCO.MM⁷ (Société Française et francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques), IFSO⁸ (International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders),...

⁷ <https://soffcomm.org/>

⁸ <http://www.ifso.com/>



8.1.8 PRINDIAG (item 07)

Le choix du diagnostic principal du séjour doit répondre aux directives de codage (manuel de codage ICD-10-BE 2015). Le score moyen pour cet item est de 98 % et ne fait l'objet d'aucune remarque particulière.

8.1.9 BMI (item 08)

ART14.D DE LA NPS

(...)

CES PRESTATIONS NE SONT REMBOURSABLES QU'AUX CONDITIONS SUIVANTES :

AR 13.6.2010 (EN VIGUEUR 1.09.2010)

1° AU MOMENT DE L'INDICATION CHIRURGICALE BMI => 40 OU BMI => 35 EN COMBINAISON AVEC AU MOINS UN DES CRITÈRES SUIVANTS :

A) DIABÈTE TRAITÉ PAR MÉDICAMENTS;

B) HYPERTENSION RÉSISTANT AU TRAITEMENT DÉFINIE COMME UNE PRESSION SANGUINE > 140/90MMHG, MALGRÉ UN TRAITEMENT PENDANT 1 AN AU MOYEN D'UNE PRISE SIMULTANÉE DE 3 ANTIHYPERTENSEURS;

C) SYNDROME D'APNÉE DU SOMMEIL OBJECTIVÉ AU MOYEN D'UN EXAMEN POLYSOMNOGRAPHIQUE RÉALISÉ DANS UN CENTRE AYANT CONCLU UNE CONVENTION COMME STIPULÉ À L'ARTICLE 22, 6° ET 23, § 3, DE LA LOI RELATIVE À L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTÉ ET INDEMNITÉS DU 14 JUILLET 1994, EN CE QUI CONCERNE LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DU SYNDROME D'APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL;

D) RÉINTERVENTION APRÈS COMPLICATION OU RÉSULTAT INSUFFISANT D'UNE INTERVENTION BARIATRIQUE PRÉCÉDENTE;

(...)

Le BMI défini au moment de l'indication opératoire est déterminé lors de la 1^{ère} consultation effectuée par le chirurgien.

Le score moyen dans les séjours audités pour cet item est de 92 %. Huit pourcents des séjours audités ne répondent pas à ce critère de remboursement tel que défini dans la NPS.

8.1.10 ICD-10-BE BMI (item 09)

La figure 6 (nombre et pourcentage d'interventions de chirurgie bariatrique par catégorie de BMI) montre que 4% des séjours dans les 97 hôpitaux présente un BMI inférieur à 35.

La figure 8 (pourcentage de séjours bariatriques sans codage ICD-10-BE du BMI) montre que 3 hôpitaux sur les 97 hôpitaux se distinguent des autres avec 15%, 25 % et 70 % d'absence de codage du BMI.

Un hôpital sur les 19 hôpitaux audités présente un score de 75 % d'absence de codage du BMI, 4 hôpitaux présentent un score de 8% d'absence de codage du BMI.



L'enregistrement du code du BMI du séjour doit répondre aux directives de codage (manuel de codage ICD-10-BE 2015). Le score moyen pour cet item est de 94 %.

Sous la catégorie E66 (overweight and obesity), une note d'instruction exige l'enregistrement d'un code supplémentaire de la catégorie Z68.- afin d'identifier le BMI, s'il est connu.

Le BMI est certainement pertinent pour le séjour de chirurgie bariatrique et devrait être codé or l'absence de l'enregistrement du code du BMI est souvent expliquée par l'absence de l'information (BMI, poids et taille) dans le dossier.

A noter que le BMI calculé durant l'hospitalisation peut différer du BMI calculé au moment de l'indication opératoire par le chirurgien.

8.1.11 PROTOCOLE EN ADÉQUATION AVEC LE CODE DE NOMENCLATURE (item 23)

Le score moyen pour ce critère est de 96 %. Pour 14 hôpitaux, le score est de 100 % et pour 5, le score varie entre 75 % et 92 %. Ceci est expliqué soit par des codes de nomenclature attestés inexacts, soit par l'inexistence d'un code adéquat (information détaillée au point 7.2 « Codes attestés et interventions effectivement réalisées »).

En effet, certains codes de nomenclature sont incorrectement attestés chez des patients dont le BMI est inférieur à 35, par exemple, les codes de nomenclature 241485 « Gastrectomie subtotale », 243342 « Intervention pour obstruction intestinale (étranglement herniaire excepté) » et 241043 « Hernie diaphragmatique ou hiatale par voie abdominale » chez des patients ayant subi respectivement une intervention bariatrique de type sleeve, bypass et banding.

Par ailleurs certains codes de nomenclature sont attestés faute de codes adéquats. Notamment, une réintervention bariatrique (antécédent de bypass) consistant en une distalisation de l'anastomose a été attestée comme « Résection segmentaire du grêle » (code de nomenclature 243246).

Certaines interventions bariatriques ne sont pas précisées dans la nomenclature relative à la chirurgie bariatrique, comme le minibypass ou la résection de la dilatation gastro-jéjunale (antécédent de bypass) et attestés respectivement par les codes correspondant au bypass et à celui d'une gastroplastie de réduction de type sleeve (241780).

Rappelons d'une part que toute nouvelle technique opératoire devrait suivre le modèle IDEAL tel que décrit dans le rapport du KCE relatif à la chirurgie bariatrique du 13 juin 2019⁹. D'autre part, pour les patients candidats à une chirurgie bariatrique ne répondant pas aux critères de remboursement de la

⁹ <http://www.ideal-collaboration.net/>



nomenclature des prestations de santé, aucun autre code de la NPS ne peut être attesté, conformément à la règle interprétative reprise ci-dessous :

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

RÈGLES INTERPRÉTATIVES DE LA NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE SANTÉ

SUR PROPOSITION DU CONSEIL TECHNIQUE MÉDICAL DU 28 AVRIL 2009 ET EN APPLICATION DE L'ARTICLE 22, 4° BIS, DE LA LOI RELATIVE À L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTÉ ET INDEMNITÉS, COORDONNÉE LE 14 JUILLET 1994, LE COMITÉ DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ A ÉTABLI LE 16 NOVEMBRE 2009 LA RÈGLE INTERPRÉTATIVE SUIVANTE :

RÈGLES INTERPRÉTATIVES RELATIVES AUX PRESTATIONS DE L'ARTICLE 14 D) - CHIRURGIE ABDOMINALE - DE LA NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE SANTÉ :

REGLE INTERPRETATIVE 21

QUESTION

DEPUIS LE 1ER OCTOBRE 2007, L'ARTICLE 14 D) DE LA NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE SANTÉ PRÉVOIT DES PRESTATIONS SPÉCIFIQUES POUR LE TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ, REMBOURSABLES SOUS CERTAINES CONDITIONS BIEN PRÉCISES (BMI, ÂGE, RÉGIME, CONCERTATION BARIATRIQUE MULTIDISCIPLINAIRE).

QUELLE(S) PRESTATION(S) PEUT-ON ATTESTER POUR LA CHIRURGIE BARIATRIQUE PRATiquÉE CHEZ UN PATIENT QUI NE RÉPOND PAS À CES CRITÈRES ?

REPONSE

ÉTANT DONNÉ QUE POUR LA CHIRURGIE BARIATRIQUE, DES PRESTATIONS SPÉCIFIQUES LIÉES À DES CRITÈRES DE REMBOURSEMENT SONT REPRIS À L'ARTICLE 14 D) DE LA NOMENCLATURE, IL N'EST PAS AUTORISÉ D'ATTESTER D'AUTRES PRESTATIONS POUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'OBÉSITÉ, QUE LE PATIENT RÉPONDE OU NON AUX CRITÈRES REPRIS SOUS L'INTITULÉ « TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ ».

LA RÈGLE INTERPRÉTATIVE PRÉCITÉE ENTRE EN VIGUEUR LE JOUR DE SA PUBLICATION AU MONITEUR BELGE.

LE FONCTIONNAIRE DIRIGEANT,

H. DE RIDDER

LE PRÉSIDENT,

G. PERL

DEBUT PREMIER MOT DERNIER MOT PUBLIÉ LE : 2010-02-08

NUMAC : 2010022064

8.1.12 PROC ICD-10-BE (item 24)

L'enregistrement du code de procédure doit répondre aux directives de codage (manuel de codage ICD-10-BE, 2015). Le score moyen pour PROC_PICD10 est de 91 %.

Une des erreurs les plus fréquemment rencontrées est l'oubli de l'enregistrement de la notion « vertical » au niveau du 7^{ème} caractère du code de procédure pour la sleeve (0DB64Z3 «Excision of stomach, Percutaneous Endoscopic Approach, Vertical »). Cet oubli engendre une classification erronée des séjours dans l'APR-DRG médical 421.

Dans le cadre du nouveau financement (patients concernés par les soins à basse variabilité), le SPF SCAE a mis à la disposition des hôpitaux une brochure, qui constitue une aide pour les équipes de codage des hôpitaux. Un chapitre concernant la chirurgie bariatrique y est notamment abordé.



Cette brochure est disponible sur le site du SPFSCAE sous l'intitulé « Brochure d'aide au codage ICD-10-BE ».

8.1.13 LETTRE DE SORTIE (item 27)

ARRÊTÉ ROYAL DÉTERMINANT LES CONDITIONS GÉNÉRALES MINIMALES AUXQUELLES LE DOSSIER MÉDICAL, VISÉ À L'ARTICLE 15 DE LA LOI SUR LES HÔPITAUX, COORDONNÉE LE 7 AOÛT 1987, DOIT RÉPONDRE

ART. 3. § 1ER. LE RAPPORT DE SORTIE, VISÉ À L'ARTICLE 2, § 1ER, 9°, COMPREND :1° LE RAPPORT PROVISOIRE QUI ASSURE LA CONTINUITÉ IMMÉDIATE DES SOINS;2° LE RAPPORT COMPLET SUR LE SÉJOUR À L'HÔPITAL, SIGNÉ PAR LE MÉDECIN RESPONSABLE DU PATIENT. § 2. LE RAPPORT VISÉ AU § 1ER, 1° EST :1° SOIT REMIS AU PATIENT À L'ATTENTION DE SON MÉDECIN TRAITANT ET DE TOUT MÉDECIN CONCERNÉ;2° SOIT TRANSMIS AU MÉDECIN TRAITANT ET À TOUT MÉDECIN CONCERNÉ. CE RAPPORT CONTIENT TOUS LES RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES PERMETTANT À TOUT MÉDECIN CONSULTÉ PAR LE PATIENT D'ASSURER LA CONTINUITÉ DES SOINS. § 3. LE RAPPORT VISÉ AU § 1ER, 2° EST COMMUNIQUÉ DU MÉDECIN DE L'HÔPITAL AU MÉDECIN DÉSIGNÉ PAR LE PATIENT.

CE RAPPORT CONTIENT LES ÉLÉMENTS ANAMNÉSTIQUES, CLINIQUES, TECHNIQUES ET THÉRAPEUTIQUES CARACTÉRISANT AU MIEUX L'HOSPITALISATION ET LE SUIVI NÉCESSAIRE.

ART. 4. LE DOSSIER MÉDICAL, PLUS SPÉCIFIQUEMENT LE RAPPORT DE SORTIE, DOIT ÊTRE LE COMPTE RENDU FIDÈLE DE LA DÉMARCHÉ DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE.

Le score moyen pour l'item lettre de sortie est de 91 %. Parmi eux, 15 hôpitaux ont un score de 100 % et 4 hôpitaux, un score variant de 17 à 92 %.

8.2 DPI et items infirmiers

8.2.1 Critères BMUC

De manière générale, nous constatons que les résultats de la visite d'audit sont conformes aux déclarations des hôpitaux.

Les institutions auditées présentent des niveaux d'informatisation assez variables. Chacune des institutions a investi de manière différente dans l'informatisation de leur dossier patient en fonction de leur priorité respective. Il a donc été observé d'une part une certaine disparité mais surtout une volonté commune de disposer d'un outil performant, pratique et totalement intégré.

Nous notons toutefois une surévaluation du critère « Identification unique du patient » dans un hôpital par rapport à la situation réelle. Cependant, nous ne pouvons actuellement pas tirer de conclusions absolues quant à la manière d'expliquer cette différence, car les périodes de référence ne correspondent pas parfaitement. Pour la « prescription électronique », nous constatons une nette progression dans les hôpitaux déjà dotés d'un système de prescription électronique. Pour le critère « communication



automatisée avec le système HUB et interactions avec e-health », il a été établi que tous les hôpitaux sont connectés au système Hub-métahub. Cependant, il n'est pas possible de déterminer si un hôpital partage effectivement les documents d'un patient via le système Hub-métahub. Il ne faut pas négliger le fait que cela dépend du consentement éclairé du patient. La politique de partage des données peut également différer entre les hôpitaux. Certains hôpitaux partagent automatiquement tous les documents, d'autres uniquement la lettre de sortie (provisoire) et, par exemple, pas les rapports d'opération.

8.2.2 Items infirmiers

Il est important de garder à l'esprit qu'en raison de la disponibilité des données les plus récentes au moment de l'audit, les données infirmières auditées ont été enregistrées en 2017 en référence à la version 1.6 du manuel de codage.

Suite aux audits précédents spécifiques du DI-RHM et à l'actualisation des NRG, les règles de codage ont été revues dans un but tant de simplification que de clarification de certaines conditions d'enregistrement.

Les observations faites durant l'audit sur base des informations reprises dans les dossiers audités, des données enregistrées et de la situation actuelle ont permis de mettre en évidence de nombreuses adaptations en référence aux règles actuellement en vigueur. Ces améliorations laissent à croire en une amélioration tant de la qualité des informations reprises dans le dossier patient que des données enregistrées utilisées pour divers besoins et finalités par l'administration.



9 Conclusion

L'obésité est une maladie multifactorielle largement dépendante de l'environnement et des comportements (susceptibilité génétique, caractère familial, facteurs environnementaux, comportement alimentaire, facteurs psychologiques et sociaux,...). Le taux d'obésité moyen des pays de l'OCDE¹⁰ est de 19,5%. Avec un taux de 18,6% en Belgique, l'évidence épidémiologique justifie que des efforts soient entrepris pour contrecarrer l'épidémie d'obésité qui se développe actuellement. Le caractère global de l'augmentation de la prévalence de l'obésité conduit à penser que au-delà des approches individuelles, c'est bien une politique générale de prévention qu'il convient de mener conduisant à prendre en compte de nombreuses questions de société (politique, urbanistique, économique, professionnels de l'agro-alimentaire, grande restauration, enseignants, professionnels de la santé...).

Il apparaît que la chirurgie bariatrique entraîne une perte de poids importante et durable chez la majorité des personnes opérées. On note également une amélioration des composantes physiques de la qualité de la vie, une rémission plus importante du diabète chez les patients diabétiques, une diminution du nombre de décès prématurés dus à des affections liées à l'obésité¹¹.

Néanmoins, ces interventions sont lourdes, souvent irréversibles et ne sont pas sans risque. Des difficultés d'ordre psychologique peuvent apparaître ou s'aggraver, en lien avec les modifications du corps qui ne correspondent pas aux attentes des patients (sentiment de vulnérabilité ou d'étrangeté) ou qui, malgré les kilos perdus, ne résolvent pas les problèmes que le patient attribuait à son obésité. Cet écart entre idéal et réalité peut induire, outre une reprise de poids, le développement d'addictions, d'anorexie, de troubles anxieux et dépressifs¹². Des publications¹³ rapportent des risques suicidaires accrus après la chirurgie bariatrique. Une prise en charge psychologique avant et après chirurgie bariatrique, est notamment considérée comme devant faire l'objet d'une attention particulière.

De multiples études montrent également qu'un suivi postopératoire insuffisant peut avoir des conséquences comme une perte de poids moins importante ou des complications neurologiques suite aux carences vitaminiques. Aux Pays-Bas¹⁴, le taux de patients « perdus de vue » en postopératoire est inférieur aux taux constatés dans d'autres pays. Ces résultats s'expliquent par la mise en place d'un trajet de soins bien coordonné où le médecin généraliste est impliqué à toutes les étapes. C'est lui qui adresse les patients aux cliniques de l'obésité et des comptes-rendus lui sont régulièrement transmis par la suite. Six consultations préopératoires sont obligatoires au terme desquelles l'intervention est refusée dans 30%

¹⁰ <https://www.cerin.org/rapports/lobesite-dans-le-monde-ocde-2017/>

¹¹ https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_316B_Chirurgie_de_obesite_Synthese.pdf

¹² Prise en charge psychologique avant et après chirurgie bariatrique Soins n°811-décembre 2016 Marie-Hélène Salamon-Dezaille, Psychologue

¹³ Risk of Suicide after Long Term Follow-up from Bariatric Surgery HA. Tindle, B. Omalu, A. Courcoulas, M. Marcus, J. Hammers, LH. Kuller, Am J Med. 2010 Nov ; 123(11) :1036-1042

¹⁴ <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/12/Chirurgie-bariatrique-rapport-final-27-novembre.pdf>



des cas. Seuls certains centres hospitaliers accrédités sont autorisés à pratiquer la chirurgie bariatrique, avec l'obligation de réaliser au moins 200 opérations par an, par minimum 2 chirurgiens. Huit cliniques de l'obésité assurent le suivi pré et post-opératoire (psychologique, diététique et exercice physique), réalisé obligatoirement en groupe. Celui-ci comprend 28 consultations d'une demi-journée les 2 premières années suivies de consultations d'une demi-journée par an pendant au minimum 5 à 7 ans. Des sanctions financières sont appliquées au patient en cas de non observance.

Comme proposé¹⁵ pour la pathologie de la colonne vertébrale et en s'inspirant du système hollandais, un modèle organisationnel pluridisciplinaire pourrait être créé, où les spécialistes travaillent ensemble et où les décisions d'interventions ne peuvent être prises qu'après une consultation pluridisciplinaire effective dans laquelle est également impliqué le médecin traitant. Les médecins généralistes, en tant que gestionnaires du DMG, doivent être effectivement au cœur de la prise en charge.

Le trajet de soins dans son ensemble, fréquemment cité comme la solution à une meilleure prise en charge de l'obésité, n'est pas défini en termes de fréquence/type de consultations et d'exams complémentaires. Il serait ainsi important de cadrer les compétences, de standardiser le bilan pré- et postopératoire et de mobiliser les ressources nécessaires pour l'ensemble du parcours de soins : personne coordinatrice, nutritionniste, médecins internistes, diététicien, kinésithérapeute, psychologue/psychiatre, assistant social, chirurgien et médecin traitant. Cette prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée serait le gage d'un accès réfléchi et justifié soit à un traitement chirurgical, soit à une solution alternative.

Il est fréquemment constaté sur le terrain la difficulté de documenter la durée et la nature du régime. Une solution serait de proposer un suivi institutionnel d'une durée déterminée comme condition d'accès à la chirurgie bariatrique.

Il est nécessaire que les autorités compétentes émettent des recommandations spécifiques relatives aux techniques opératoires bariatriques (interventions désuètes, réinterventions, nouvelles techniques, ...) avec adaptation si nécessaire de la nomenclature.

Le registre, tel qu'exigé par la NPS, est obsolète dans sa forme actuelle. La majorité des institutions tiennent un registre isolé dont les items varient d'un hôpital à l'autre, n'ayant aucun intérêt en termes de qualité des soins et de suivi au niveau national. Pour mieux apprécier la pertinence, la qualité, l'efficacité clinique et fonctionnelle et l'efficience des prises en charge médicale et chirurgicale de l'obésité, il est important de développer un registre national des personnes opérées permettant des comparaisons avec des personnes obèses non opérées.

Renforcer l'adhésion et motiver l'assiduité des patients est également indispensable, en favorisant leur « empowerment » (promotion des patients experts et des communautés de patients contribuant activement aux prises en charge) et en étudiant l'opportunité de rembourser certains examens,

¹⁵ Accord médico-mutualiste 2018-2019.



consultations ou compléments utiles (régime préopératoire, vitamines et suppléments pour prévenir et traiter les carences, ...). En effet, le non-remboursement de la revalidation, des consultations chez le diététicien et le psychologue est en contradiction avec les besoins reconnus de prise en charge des personnes obèses. Une manière de motiver les patients au suivi du trajet de soins serait de prévoir un remboursement de l'ensemble de la prise en charge (consultations, chirurgie, vitamines, ...) selon leur assiduité. Ce qui pourrait diminuer le nombre d'arrêts précoces du suivi.

Quant à l'informatisation du dossier patient et des données enregistrées, les efforts consentis par les institutions doivent être encouragés et maintenus par celles-ci. Les institutions déjà plus avancées se doivent de finaliser leurs projets et les maintenir à jour. Les institutions présentant quelques retards à ce niveau doivent poursuivre leurs réflexions et recherches afin de concrétiser pleinement le déploiement de leur dossier patient informatisé.



10 Annexes

Annexe 1: Questionnaire trajet de soins

Questionnaire chirurgie bariatrique (chirurgien et /ou coordinatrice) sur le trajet de soins du patient admis pour chirurgie bariatrique ?	
AGR	# Niv Niv2 Niv3
1.0.0.0	Pré-opératoire :
1.1.0.0	• Par qui est référé le patient ?
1.2.0.0	• Chronologie des consultations :
1.2.1.0	○ Première consultation :
1.2.1.1	▪ par :
1.2.1.2	▪ durée de consultation (min) :
1.2.2.0	○ Anamnèse (questions posées à l'occasion de la première visite):
1.2.2.1	▪ alimentaire :
1.2.2.2	▪ activité physique :
1.2.2.3	▪ professionnelle (e.g. incapacité de travail/occupation, type de travail) :
1.2.2.4	▪ familiale (histoire de l'obésité) :
1.2.2.5	▪ psychologique (pathologie psychiatrique) :
1.2.2.6	▪ médicale (co-morbidités, médicaments) :
1.2.3.0	○ Diététicienne/Nutritionniste:
1.2.3.1	▪ présence d'un document/trace dans le dossier patient :
1.2.3.2	▪ suivi du traitement par régime durant au moins 1 an :
1.2.4.0	• Examens complémentaires effectués
1.2.4.1	○ Endoscopie :
1.2.4.2	○ Recherche Helicobacter Pylori :
1.2.4.3	○ Echographie :
1.2.4.4	○ Autres ?
1.2.5.0	• Vérification critères nomenclature ; conditions :
1.2.5.1	○ HTA vérifiée par cardiologue :
1.2.5.2	○ Diabète vérifié par endocrinologue :
1.2.5.3	○ Syndrome d'apnées du sommeil selon :
1.2.5.4	○ Que propose-t-on au patient comme trajet de soins s'il ne répond pas aux critères INAMI ?
1.2.6.0	• Réunion multidisciplinaire :
1.2.6.1	○ Durée par patient (min) :
1.2.6.2	○ L'intervalle entre la réunion et l'intervention (sem) :
1.2.7.0	• Informations patient :
1.2.7.1	○ Informations relatives aux différentes techniques chirurgicales (avantages et inconvénients des différentes techniques) :
1.2.7.2	○ Taux de succès, de rechute :
1.2.7.3	○ Complications éventuelles :
1.2.7.4	○ Le suivi (e.g. fréquences visites chir, diet, régime, biologie sanguine) :
1.2.7.5	○ Signature par le patient d'un document précisant les informations reçues (informed consent) :
1.2.7.6	• Information du médecin traitant suite à la décision de l'équipe multidisciplinaire?
1.2.7.7	• Durée du trajet de soin pré-opératoire / Délais entre la première consultation et l'opération ? (mois)
2.0.0.0	Opératoire :
2.1.0.0	• Choix de la technique chirurgicale :
2.1.1.0	○ Indications sleeve :.....
2.1.2.0	○ Contre-Indications sleeve :.....
2.1.3.0	○ Indications anneau :.....
2.1.4.0	○ Contre-indications anneau :.....
2.1.5.0	○ Indications bypass :.....
2.1.6.0	○ Contre-indications bypass :.....
2.2.0.0	• Indication de la cholécystectomie ?.....
3.0.0.0	Post-opératoire hospitalier
3.1.0.0	• Examens complémentaires réalisés ?
3.2.0.0	• Protocoles de suivi immédiat ?
3.3.0.0	○ prévention TVP :
3.4.0.0	○ Gestion douleur :.....
3.5.0.0	○ Autres :.....
3.6.0.0	• Combien de nuits le patient reste t'il en postop ? (nuits)
4.0.0.0	Post-opératoire extra-hospitalier
4.1.0.0	• Consultations prévues ?
4.1.1.0	○ Chirurgien
4.1.2.0	○ Diététicienne
4.1.3.0	○ Psycho
4.1.4.0	○ Autres..
4.2.0.0	• Durée du suivi ? (ans)
4.3.0.0	• Réunion multidisciplinaire ?
4.4.0.0	• Document d'informations (alimentation, mode de vie, ...) ?
4.5.0.0	• Information relative aux personnes à contacter en cas de problème
4.6.0.0	• Rapport Médecin Traitant ?
4.7.0.0	• Délai d'envoi ? (sem)
5.0.0.0	Tarifcation
5.1.0.0	• Comment est-elle réalisée ?
5.2.0.0	• Contrôle a posteriori?
6.0.0.0	Initiatives particulières ?
6.1.0.0	niveau médical/accompagnement du patient: groupe de parole, atelier culinaire, révalidation physique, autres
7.0.0.0	Idée de l'impact sur la vie du patient?
7.1.0.0	• Conséquences psychologiques, physiques ?
7.2.0.0	• Conséquence sur l'incapacité de travail (semaines)
8.0.0.0	Régistre
8.1.0.0	• Registre de l'ensemble des interventions bariatriques
8.2.0.0	• Format du registre



Annexe 2: Questionnaire avec 29 items pour analyse des dossiers séjours.

#	Question
1	Dossier présent
2	Age du patient
3	Sexe du patient
4	Durée du séjour
5	APR-DRG
6	Severité
7	DAV (diagnostic ICD-10-BE) (E66.01 Morbid (severe) obesity due to excess calories ou E66.2 Morbid (severe) obesity with alveolar hypoventilation (Pickwickian syndrome))
8	Valeur du BMI au moment de l'indication opératoire et/ou concertation multidisciplinaire présent dans le dossier
9	Code ICD-10 BMI (Z68.35-Z68.45) présent
10	Diabète traité médicaments
11	Si diabète: Code ICD-10-BE diabète (E08. -> E13.) présent?
12	Hypertension résistante au traitement: HTA >140/90mmHg malgré un traitement pendant 1 an par 3 molécules
13	Si hypertesion: code hypertension ICD-10-CM (I10.->I15.) présent?
14	SAS objectivé au moyen d'un examen polysomnographique réalisé dans un centre conventionné (voir article 22, 6° et 23, § 3 de la loi ASSI)
15	Si SAS: code apnée du sommeil ICD-10-CM (G47.30-G47.39) présent
16	Réintervention après complication ou résultat insuffisant d'une intervention bariatrique
17	Si réintervention: code ICD-10-CM (Z98.84: bariatric surgery status) présent
18	Le patient doit avoir suivi pendant au moins 1 an un traitement par un régime documenté sans obtenir de résultat stable
19	Rapport dans le dossier d'une réunion de concertation pluridisciplinaire antérieure à la chirurgie avec indication claire de la chirurgie signé par les trois participants (chirurgien, interniste et psychologue ou psychiatre)
20	Echographie abdominale
21	Une endoscopie oesogastroduodénale antérieure à l'intervention a-t-elle été réalisée?
22	Protocole opératoire
23	Protocole opératoire en adéquation avec la nomenclature (241780-sleeve, 241824-anneau, 241846-bypass)
24	Procédure ICD-10-PCS (0DB6*Z3-sleeve, 0DV6*CZ-anneau, 0D16***-bypass)
25	Complications ou événements avec le dispositif utilisé
26	Présence d'une pompe analgésique
27	Lettre de sortie
28	Rapport d'hospitalisation avec suivi et recommandations
29	Registre



Annexe 3: Questionnaire BMUC et items infirmiers.

1. Questions sur le Dossier Patient Informatisé.

- **Identification unique**

Questions:

Comment sont archivées les parties non informatisées du dossier du patient?

Quelle est la procédure qui garantit l'attribution exacte de ces parties au patient? Veuillez joindre celle-ci.

Lors d'une consultation d'un dossier patient, faut-il ressaisir l'identification du patient si on change d'application ou de domaine de recherche?

Existe-t-il des systèmes ou applications pour lesquels l'identification du patient doit être encore entrée manuellement? Si oui, quels sont-ils ?

- **Prescription médicamenteuse**

Questions:

Quelles sont les unités de soins ou les services qui utilisent l'e-prescription? Quelle proportion représentent-ils au niveau de l'institution ?

De quelle manière l'administration d'un médicament prescrit électroniquement est-elle validée et visualisée ?

- **Communication automatisée avec le système HUB et interactions avec l'e-health**

Question:

A partir du dossier patient peut-on aller sur le HUB voir des documents se rapportant à ce patient ou son summer?

2. Questions sur items.

2.1. Questions spécifiques relatives aux items

- **Item E100: GESTION DES SYMPTOMES : DOULEUR**

Questions:

Quel(s) instrument(s) de mesure validé(s) utilisez-vous? Quelles en sont les consignes d'utilisation et les références de validation scientifique?

Quel est le protocole suivi dans la gestion de la douleur en chirurgie bariatrique?

- **Item E200 : GESTION DES SYMPTOMES : NAUSEES/VOMISSEMENTS**

Questions:

Quel(s) instrument(s) de mesure validé(s) utilisez-vous? Quelles en sont les consignes d'utilisation et les références de validation scientifique?

Quel est le protocole suivi dans la gestion des nausées en chirurgie bariatrique?

- **Item G100: GESTION DE LA BALANCE ALIMENTAIRE OU HYDRO-ELECTROLYTIQUE**



Questions:

Quand et comment est contrôlé le poids ?
L'état nutritionnel est-il contrôlé ? Si oui, comment ?

- **Item G300: GESTION GLYCEMIE**

Questions:

Existe-t-il un protocole de suivi dans la gestion de la glycémie pour la chirurgie bariatrique?
Comment est formalisée l'appréciation des résultats ?
En cas d'utilisation d'un plan de soin et/ou d'un plan d'éducation, veuillez joindre un exemple.

- **Item H200 : NOMBRE MEDICAMENTS DIFFERENTS PAR VOIE IV ET H300 : FREQUENCE LA PLUS ELEVEE MEDICAMENTS PAR VOIE IV**

Questions:

Quelles sont les médications les plus fréquemment administrées par cette voie dans le cadre de la chirurgie bariatrique?
De quelle manière sont-elles prescrites ?
De quelle manière leur administration est-elle validée ?

- **Item L100 : SURVEILLANCE D'UNE PLAIE ET/OU D'UNE ZONE AVEC LESION DERMATOLOGIQUE ET/OU D'UN PANSEMENT ET/OU DE MATERIEL SANS SOIN DE PLAIE**

Question :

Quels sont les types de plaies ou de matériel qui nécessitent une surveillance dans le cadre de la chirurgie bariatrique?

- **Item N300: PRELEVEMENTS SANGUINS VEINEUX**

Questions

Ce type de prélèvements est-il réalisé dans le cadre de la chirurgie bariatrique ? Qui réalise ces prélèvements?
Comment le type de prélèvement est-il indiqué dans le dossier infirmier?
Où sont indiqués les résultats des analyses?

- **Item N500: PRELEVEMENTS SANGUINS CAPILLAIRES**

Questions :

Ce type de prélèvements est-il réalisé dans le cadre de la chirurgie bariatrique ?
Qui réalise ces prélèvements ?
Comment le type de prélèvement est-il indiqué dans le dossier infirmier?
Où sont indiqués les résultats des analyses?



- **Item S100: EDUCATION SPECIFIQUE**

Questions:

Quels sont les sujets des informations données les plus fréquents en vue de retrouver une autonomie?
En cas d'utilisation d'un plan d'éducation, veuillez joindre un exemple.

- **Item S200 : EDUCATION CONCERNANT UNE INTERVENTION CHIRURGICALE OU UN EXAMEN DIAGNOSTIC**

Question:

En cas d'utilisation d'un plan d'éducation, veuillez joindre un exemple.

- **Item V300: SURVEILLANCE DES PARAMETRES VITAUX : MONITORING CONTINU**

Questions :

Quels paramètres nécessitent d'être suivis en continu dans le cadre de la chirurgie bariatrique?
Comment est identifié le caractère continu de chaque paramètre suivi ?
De quelle manière ces paramètres sont-ils notés et validés dans le dossier ?

- **Item V400: SURVEILLANCE DES PARAMETRES VITAUX : MONITORING DISCONTINU**

Questions:

Quels paramètres nécessitent d'être suivis en discontinu dans le cadre de la chirurgie bariatrique?
De quelle manière ces paramètres sont-ils notés et validés dans le dossier ?

- **Item Z100: EVALUATION FONCTIONNELLE, MENTALE, PSYCHO-SOCIALE**

Question:

Quel(s) instrument(s) de mesure validé(s) utilisez-vous? Quelles en sont les consignes d'utilisation et les références de validation scientifique ?



Annexe 4: Courrier générale audit des hôpitaux.



Projet Audit des Hôpitaux
SPF SPSCAE - INAMI - AFMPS
Avenue de Tervueren, 158
1150 Bruxelles

À l'attention du directeur général et des
responsables des services concernés

Nos Réf.: GA-fr Projet Audit BAR CHIR

Objet: informations sur le projet 'Audit des Hôpitaux' – 'preuve de concept' : audits sur le thème de la chirurgie bariatrique

Bruxelles, le 05 février 2019

Madame, Monsieur,

Le Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE), l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) et l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS) collaborent, entre autres, dans le cadre du redesign des administrations de soins de santé. L'audit des hôpitaux est défini comme un domaine prioritaire dans le programme « Passerelles ». Le plan d'action en matière des soins de santé 2018-2020 décrit aussi le principe de l'audit des hôpitaux. Il est axé sur l'utilisation de façon efficace des ressources financières dans le secteur des soins de santé. Dans cette optique, une nouvelle unité « Audit des Hôpitaux » est en cours de création.

Les objectifs généraux du projet, concernant les soins hospitaliers, sont:

- d'améliorer la qualité et l'efficacité de la dispense de soins au citoyen
- d'optimiser l'utilisation des fonds publics

En augmentant la transparence et la simplicité de la supervision des hôpitaux par les différentes administrations (le principe de 'only once'), l'unité audit renforce le respect de la *conformité* aux normes et aux règles des administrations de soins de santé, de l'*efficacité* de l'ensemble des soins fournis et des '*best practices*' dans les hôpitaux belges.

Les audits des hôpitaux invitent à des projets d'amélioration au niveau des hôpitaux et des prestataires de soins, en mettant l'accent sur la communication, le feedback, le monitoring, la possibilité de s'expliquer et de prendre des initiatives pour améliorer la situation existante et participer au suivi.



L'équipe d'audit est composée de médecins-auditeurs, d'infirmières-auditeurs et de pharmaciens-auditeurs. L'équipe analyse, entre autres, les données fédérales couplées (résumé hospitalier minimum du SPF et données de facturation de l'INAMI). L'approche intégrée de l'audit peut également comprendre l'évaluation des trajets de soins multidisciplinaires, des dispositifs médicaux, du dossier du patient informatisé (DPI), etc.

Afin de valider un certain nombre d'aspects du projet, une « preuve de concept » aura lieu. Dans ce cadre, des audits sur la chirurgie bariatrique seront effectués dans les hôpitaux.

1 L'ORIGINE DES DONNÉES COUPLÉES

L'INAMI collecte des fichiers statistiques anonymes des soins facturés, par séjour hospitalier, appelés fichiers 'séjours hospitaliers anonymes' (SHA). Les hôpitaux envoient, pour chaque patient admis, des données anonymes concernant les diagnostics médicaux et les procédures effectuées (RHM) au SPF SPSCAE.

La Cellule Technique¹⁶ couple ces données pour obtenir une vue d'ensemble, par groupe de pathologies, des soins prodigués et des coûts remboursés par l'assurance maladie, et ce pour chaque hôpital individuellement et pour l'ensemble des hôpitaux. Les informations sont basées sur le RHM validé par le SPF SPSCAE et sur les données de facturation fournies par les organismes assureurs à l'INAMI. Une comparaison des données d'un hôpital individuel avec la moyenne belge est instructive et peut révéler des schémas de traitement différents.

Les données couplées (SHA et le RHM) sont utilisées pour:

- analyser les liens existant entre les dépenses de l'assurance soins de santé et les groupes de pathologies
ou
- élaborer des règles de financement, des normes et des critères de qualité dans le cadre d'une politique de santé efficace

Avec le projet des données fédérales couplées, les pouvoirs publics entendent informer au mieux les hôpitaux, les médecins et les établissements scientifiques de la consommation des moyens médicaux et de leur coût pour les soins hospitaliers.

2 L'AUDIT DE CONFORMITÉ, D'EFFICACITÉ ET DE « BEST PRACTICES »

L'audit de conformité, d'efficacité et de « best practices » s'inscrit dans le cadre du 'redesign' des administrations de soins de santé: l'audit contribue au soutien, au contrôle de qualité et à la supervision dans les hôpitaux. Il est distinct des autres audits qui soutiennent la qualité des soins dans les hôpitaux au moyen d'un programme international d'accréditation (par exemple, Joint Commission International (JCI), Netherlands Institute for Accreditation in Healthcare (NIAZ), etc.). Grâce à des rapports objectifs et contestables concernant l'hôpital audité, l'équipe d'audit et l'hôpital audité deviennent des partenaires

¹⁶ Cellule Technique de traitement de données relatives aux hôpitaux : <https://tct.fgov.be/webetct/etct-web/>



dans la gestion des soins. Sur la base d'un processus d'amélioration, des accords mesurables sont conclus et des audits de suivi sont prévus.

3 SUJETS À AUDITER: ENTRE AUTRE LES SOINS HOSPITALIERS À BASSE VARIABILITÉ

En 2015, la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Maggie De Block, a élaboré un plan d'action pour réorganiser le paysage hospitalier et son financement. Sur le plan du paysage hospitalier, la création de réseaux hospitaliers permettra de répondre efficacement aux nouveaux besoins des patients et à l'évolution des technologies et des traitements médicaux. Dans le même temps, le nouveau système de financement des soins à basse variabilité permettra un financement correct de soins qui diffèrent peu d'un patient à l'autre en déterminant les mêmes montants dans tous les hôpitaux concernés. Depuis le 19 juillet 2018, la Belgique dispose de la loi relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité. L'approche thématique de l'audit des hôpitaux s'inspire, entre autres, de la liste des groupes de patients des soins à basse variabilité.

4 MÉTHODE

1. Après avoir déterminé les objectifs, une analyse préliminaire des données couplées disponibles est effectuée.
2. Un benchmark (anonyme) par rapport aux autres hôpitaux est réalisé.
3. L'équipe multidisciplinaire de la (sous-)spécialité médicale auditée et le trajet de soins du patient sont étudiés.
4. La conformité aux normes et aux règles des administrations de soins de santé et l'efficacité de l'ensemble des soins hospitaliers sont audités sur base d'un audit d'un certain nombre de séjours hospitaliers. Les 'best practices' peuvent, par exemple, être évaluées en fonction des critères suivants: des soins hospitaliers à basse variabilité, des indications cliniques basées sur l'EBM (evidence based medicine), des indicateurs de qualité (IQ), des indicateurs critiques de prestations (ICP), des paramètres souhaités (outcome), des directives, des analyses comparatives, etc.
5. L'audit est effectué selon les principes d'audit généralement applicables : uniforme, systématique, indépendant, examen des accords (règles, procédures, normes,...) afin d'examiner objectivement, si le cas s'impose, dans quelle mesure il existe des écarts entre les objectifs et la réalité. Les normes et les cadres de référence sont utilisés comme points de départ.
6. Le rapport objectif d'audit est soumis à l'institution auditée avec les constatations, les meilleures pratiques, les points à améliorer et les accords mesurables pour le suivi des processus d'amélioration de l'hôpital. Le cas échéant, le processus d'amélioration sera rendu obligatoire. Les résultats globaux d'un thème audité peuvent être traduits en accords sectoriels avec des actions à prévoir et à suivre.
7. Des audits de suivi des processus d'amélioration sont prévus en cas de nécessité; il y aura ainsi un échange continu d'informations entre les administrations de soins de santé et les hôpitaux.

5 LE CHOIX DU SUJET À AUDITER

L'unité « Audit des Hôpitaux » contribue entre autres au soutien, au contrôle qualité et à la supervision des hôpitaux dans le cadre des soins hospitaliers à basse variabilité. La chirurgie bariatrique représente trois groupes de patients sur les 57 groupes de patients, inclus dans l'arrêté royal du 2 décembre 2018 portant application de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité.

L'obésité est un problème social majeur et est associée à une morbidité importante. La chirurgie bariatrique offre la possibilité d'obtenir une perte de poids et de remédier aux maladies associées. Ce type



Annexe 5: Courrier annonce hôpitaux sélectionnés pour l'audit chirurgie bariatrique.



Projet Audit des Hôpitaux

SPF SPSCAE – INAMI - AFMPS

Avenue de Tervueren 158

1150 Bruxelles

Hôpital X

À l'attention du directeur général et
des responsables des services
concernés

X

X

Nos Réf.: AA-fr BAR CHIR numéro de l'hôpital (XXX)

Objet: Audit sur le thème de la chirurgie bariatrique

Pièce jointe: Check-list X A BAR CHIR numéro de l'hôpital (XXX)

Bruxelles, date

Madame, Monsieur,

Dans le cadre du 'redesign' des services publics, le gouvernement a créé un certain nombre de passerelles entre les services publics, dont l'unité « Audit des Hôpitaux », fruit d'une coopération entre le Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE), l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) et l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS). L'unité se consacre à la conformité, à l'efficacité et aux 'best practices' dans les hôpitaux belges. Son objectif est de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins en utilisant de façon optimale les ressources disponibles. La méthodologie de ce processus d'audit se base sur une analyse des données fédérales couplées (résumé hospitalier minimum (RHM) et données de l'INAMI concernant la facturation).

Suite au processus de sélection des hôpitaux, nous vous informons qu'un audit aura lieu dans votre hôpital à la date du... et portera sur la chirurgie bariatrique.

L'audit est axé principalement sur le trajet de soins multidisciplinaires du patient obèse, admis pour une intervention bariatrique, intégrant les différents enregistrements et protocoles cadrant ce thème.



8 LA SÉLECTION

La sélection des hôpitaux à auditer a été réalisée en deux temps.

Tout d'abord, selon les critères ci-dessous, les séjours hospitaliers avec date de sortie en 2016 ont été sélectionnés.

- ❖ Présence dans la facturation d'un des 3 codes de nomenclature ('241780', '241824' ou '241846') et/ou
- ❖ Séjours classés dans l'APR-DRG (All Patient Refined - Diagnosis Related Groups) 403 (Procédures pour obésité) et/ou
- ❖ Séjours avec un diagnostic principal (DP) issu de la catégorie E66 (Overweight and obesity) et classés dans un APR-DRG chirurgical

Ensuite, les 97 hôpitaux belges présentant des séjours relatifs à la chirurgie bariatrique, ont été classés en fonction du nombre de séjours hospitaliers.

Les trente hôpitaux présentant les plus grands nombres de séjours relatifs à la chirurgie bariatrique ont été sélectionnés pour un audit sur place.

Les hôpitaux dont un prestataire est concerné par une enquête de contrôle ou enquête de contrôle thématique au niveau fédéral, relatif à la chirurgie bariatrique, sur la même période, ont été exclus.

9 L'AUDIT SUR PLACE DU XX-XX-2019

Nous souhaiterions rencontrer les personnes suivantes lors de la visite le jour de l'audit, le XX-XX-2019, pour les aspects dont ils sont responsables.

- 1) Le SPOC (single point of contact) pour l'audit: la personne de contact, désignée par l'hôpital. Cette personne serait l'interlocuteur privilégié de l'équipe d'audit, son rôle serait de coordonner le bon déroulement de la visite d'audit et de participer à l'échange des documents nécessaires.
- 2) Le directeur médical
- 3) Le responsable RHM
- 4) Le responsable de la facturation
- 5) Le chirurgien bariatrique ou son chef de service
- 6) Le responsable de la pharmacie
- 7) Le chef infirmier du service concerné

10 LE PLANNING DE LA VISITE

La journée sera organisée comme suit (le programme détaillé, en concertation avec l'hôpital, sera envoyé 15 jours avant la visite sur place, par e-mail):

- 1) Tour de table et présentation par l'équipe d'audit
- 2) Présentation du fonctionnement général du service
- 3) Visite dans le service de la chirurgie bariatrique
- 4) Discussion interne de l'équipe d'audit
- 5) Evaluation des dossiers des séjours hospitaliers sélectionnés (la liste des numéros de séjour sera envoyée deux jours avant la visite sur place, via e-mail)
- 6) Séance de clôture



11 LA CHECK-LIST

Une fiche est jointe en annexe. Veuillez la compléter de manière digitale et l'envoyer endéans les 15 jours à [✉ Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be](mailto:Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be). Veuillez ajouter les documents demandés en format pdf (si disponibles).

12 QUESTIONS

Si vous avez des questions, veuillez contacter le docteur De Swaef ([✉ Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be](mailto:Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be)), responsable de l'unité « Audit des Hôpitaux » faisant fonction.

Nous tenons à vous remercier pour votre collaboration et vous prions d'agréer, l'expression de notre considération distinguée.

L'équipe audit



Check-list audit chirurgie bariatrique

Pour faciliter la communication avec l'équipe d'audit, prière :

- De remplir entièrement la check-list et de l'envoyer (en .docx), avec les éventuelles annexes (en pdf) (cf. point 3) par mail à l'adresse suivante : Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be

Pourriez-vous envoyer ce document, avec les annexes, pour le

Vous pouvez envoyer vos questions par mail à l'adresse suivante : Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be.

1. Informations générales concernant le service de chirurgie bariatrique

Nom Cliquez ici pour remplir.

Rue: Cliquez ici pour remplir.

N°: Cliquez ici pour remplir.

Code Postal: Cliquez ici pour remplir.

Ville: Cliquez ici pour remplir.

Téléphone: Cliquez ici pour remplir.

Adresse mail: Cliquez ici pour remplir.

Site web: Cliquez ici pour remplir.

2. Coordonnées des personnes concernées

2.1 Le SPOC (single point of contact) pour l'audit: la personne de contact, désignée par l'hôpital, coordonne le bon déroulement de l'audit sur place. Elle est également l'interlocuteur principal pour l'équipe audit (ex : fournir les informations demandées)

Nom Cliquez ici pour remplir.:

Prénom: Cliquez ici pour remplir.

Téléphone: Cliquez ici pour remplir.

Adresse mail: Cliquez ici pour remplir.



2.2 Le directeur médical

Nom Cliquez ici pour remplir.:

Prénom: Cliquez ici pour remplir.

Téléphone: Cliquez ici pour remplir.

Adresse mail: Cliquez ici pour remplir.

2.3 Le responsable RHM

Nom Cliquez ici pour remplir.:

Prénom: Cliquez ici pour remplir.

Téléphone: Cliquez ici pour remplir.

Adresse mail: Cliquez ici pour remplir.

2.4 Le responsable de la facturation

Nom Cliquez ici pour remplir.:

Prénom: Cliquez ici pour remplir.

Adresse mail: Cliquez ici pour remplir.

2.5 Un responsable DPI (dossier patient informatisé)

Nom Cliquez ici pour remplir.:

Prénom: Cliquez ici pour remplir.

Adresse mail: Cliquez ici pour remplir.

2.6 Le chef de service de la chirurgie bariatrique

Nom Cliquez ici pour remplir.:

Prénom: Cliquez ici pour remplir.

Téléphone: Cliquez ici pour remplir.

Adresse mail: Cliquez ici pour remplir.

2.7 Le responsable de la pharmacie

Nom Cliquez ici pour remplir.:

Prénom: Cliquez ici pour remplir.

Adresse mail: Cliquez ici pour remplir.

2.8 L' infirmière chef du service concerné



Nom Cliquez ici pour remplir.:

Prénom: Cliquez ici pour remplir.

Téléphone: Cliquez ici pour remplir.

Adresse mail: Cliquez ici pour remplir.

3. Annexes: information spécifique

Veillez ajouter les annexes suivantes (en .pdf) lors de l'envoi de la check-list à l'adresse suivante :

secr.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be

- La composition de l'équipe multidisciplinaire de la chirurgie bariatrique

- Toute la documentation disponible pouvant contribuer à la bonne préparation de l'audit sur place (exemple: les procédures disponibles, les fiches d'informations pour le patient / le médecin, les recommandations de bonne pratique utilisées,..)



Annexe 8: Autres codes de nomenclature facturés dans le cadre de séjours classés dans un APR-DRG 403 et/ou dont le diagnostic principal est issu de la catégorie E66 et classés dans un APR-DRG chirurgical.

N° NPS	Libellé	Total
241043	Hernie diaphragmatique ou hiatale par voie abdominale	279
588302	Honoraires pour l'examen anatomo-pathologique par inclusion et coupe d'autant de prélèvements que nécessaire quel que soit le nombre de coupes et quel que soit le nombre d'organes examinés, y compris l'examen macroscopique éventuel des pièces opératoires suivantes : - mammectomie partielle avec évidement ganglionnaire, - mammectomie totale avec ou sans évidement ganglionnaire, - pneumectomie partielle ou totale, - résection partielle ou totale de l'œsophage, - évidement ganglionnaire inguinal bilatéral, - évidement de deux ou plusieurs groupes de ganglions du cou, - tumorectomie du plancher buccal avec ou sans mandibulectomie, - tumorectomie du palais avec ou sans maxillectomie, - maxillectomie totale, - gastrectomie partielle ou totale, - résection de l'intestin grêle, - colectomie partielle ou totale, - duodénopancréatectomie, - hystérectomie radicale, totale ou subtotal, - résection abdominopérinéale, - laryngectomie partielle ou totale, - cystectomie totale, - amputation totale du pénis, - néphrectomie totale, - prostatectomie totale (avec vésicules séminales), - résection cardiaque, - bloc cœur poumons complet, - hépatectomie totale, - pelvectomie totale, - vulvectomie totale, - fœtus de 14 à 24 semaines y compris	85
473060	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	84
241463	Gastrectomie totale avec anastomose œsophago-jéjunale ou gastrectomie subtotal avec restauration du transit, par interposition d'un segment intestinal	75
200104	Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation : Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 390 ou N 650 ou I 750 et supérieure à K 300 ou N 500 ou I 600	71
243246	Résection segmentaire du grêle	47
241544	Résection de l'estomac ou gastroplastie de réduction sans interruption de la continuité	41
202344	Honoraires forfaitaires pour la mise en place et la programmation avec surveillance d'une pompe à analgésie pour administration d'un produit de type morphinique par voie intraveineuse (PCIA, patient controlled intravenous analgesia) après une intervention chirurgicale ou après polytraumatisme, y compris le matériel, à l'exclusion des produits pharmaceutiques	32
241485	Gastrectomie subtotal	30
243644	Laparotomie exploratrice	28
241566	Dégastro-gastrectomie	28
243342	Intervention pour obstruction intestinale (étranglement herniaire excepté)	25
241286	Exérèse de tablier graisseux étendu, avec gêne fonctionnelle : Résection avec plastie cutanée et transposition du nombril	20
451441	Radiographie de l'œsophage (minimum 4 clichés), et de l'estomac et du duodénum en série (minimum 6 clichés), avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision	19
243283	Entéro-anastomose	19
460784	Imagerie médicale - Radiologie, article 17, honoraire forfaitaire d'imagerie médicale par admission	19
350523	** Laparoscopie sans prélèvement biopsique, y compris le pneumopéritoine	15
242465	Cholécystectomie	14
200200	Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation : Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 240 ou N 400 ou I 450 et supérieure à K 180 ou N 300 ou I 350	14
591080	Honoraires forfaitaires, payables par admission hospitalière, dans un hôpital général, à l'exception des services T ou par journée donnant droit au maxiforfait ou au forfait d'hospitalisation de jour pour une des prestations mentionnées dans la liste limitative, pour autant que le laboratoire : a) soit intégré comme service médico-technique dans un hôpital ou groupement d'hôpitaux tel que défini au chapitre III de l'arrêté royal du 30 janvier 1989; b) soit intégré comme service médico-technique dans un hôpital disposant d'un programme de soins d'oncologie agréé suivant le chapitre III de l'arrêté royal du 21 mars 2003; c) soit agréé pour l'ensemble des disciplines de la biologie clinique à l'exclusion éventuelle de l'anatomie pathologique; d) assure la continuité 24 heures chaque jour en collaboration avec les unités de soins intensifs et la garde de l'hôpital; e) soit encadré par au moins 4 biologistes équivalents plein-temps dont au moins 1 médecin spécialiste ou un pharmacien ou un licencié en sciences, ces deux derniers devant avoir reçu une formation de cinq ans au moins, conformément aux dispositions de l'annexe jointe à l'arrêté ministériel du 3 septembre 1984 fixant les critères d'habilitation et d'agrément des pharmaciens appelés à effectuer des prestations de biologie clinique	14
xxxxxx	Pas de code facturé pendant la période	12
241942	Traitement chirurgical d'une hernie incisionnelle de la paroi abdominale (en ce compris récurrence après traitement d'une hernie primaire de la paroi abdominale et hernies parastomales)	9
459583	Tomographie commandée par ordinateur, de l'abdomen, avec/ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, 15 coupes au minimum, pour l'ensemble de l'examen	8
243622	Intervention pour perforation d'un autre organe abdominal que l'appendice	7
241625	Gastro-entérostomie	6
241581	Reconversion du transit gastro-duodénal après gastrectomie antérieure	5



N° NPS	Libellé	Total
244742	Cholécystectomie simple associée à une des prestations n°s 241032-241043, 241393 - 241404, 241415 - 241426, 241430 - 241441, 241452 - 241463, 241474 - 241485, 241496 - 241500, 241511 - 241522, 241533 - 241544, 241555 - 241566, 241570 - 241581, 241614 - 241625, 241710 - 241721, 241776 - 241780, 241813 - 241824, 241835 - 241846, 244716 - 244720, 242631 - 242642, 243036 - 243040, 243051 - 243062, 243073 - 243084, 243095 - 243106, 243110 - 243121, 243176 - 243180, 243191 - 243202, 243213 - 243224, 244016 - 244020, 244031 - 244042, 244053 - 244064, 237016 - 237020, 237031 - 237042, 237053 - 237064, 237075 - 237086, 237090 - 237101, 238011 - 238022 ou 261671 - 261682 à cumuler à 100 % avec la prestation principale	4
241765	Exérèse d'un excédent cutané au niveau d'un membre, entraînant une gêne fonctionnelle, suite à une perte de poids documentée et stabilisée d'au moins 20%	4
588280	Honoraires pour l'examen anatomo-pathologique par inclusion et coupe, d'autant de prélèvements que nécessaire, quel que soit le nombre de coupes et quel que soit le nombre d'organes examinés, y compris l'examen macroscopique éventuel des pièces opératoires suivantes : - exérèse de ganglion lymphatique, - évidement ganglionnaire axillaire unilatéral, - évidement ganglionnaire inguinal unilatéral - biopsie pulmonaire chirurgicale, - thymectomie totale ou partielle, - résection de tumeur subaponévrotique, - pancréatectomie partielle, - hépatectomie partielle, - cholécystectomie, - splénectomie, - tumorectomie mésentérique, - tumorectomie rétropéritonéale, - résection du globe oculaire, - résection d'une glande salivaire (à l'exception des glandes salivaires accessoires), - glossectomie partielle ou totale, - thyroïdectomie, - parathyroïdectomie, - pharyngectomie, - biopsie par incision du sein, - tumorectomie du sein, - cystectomie partielle (à l'exception de la résection vésicale endoscopique), - adénomectomie prostatique chirurgicale ou endoscopique, - épидидymectomie, - orchidectomie, - amputation partielle du pénis, - tumorectomie profonde du cou, - néphrectomie partielle, - annexectomie uni-ou bilatérale, - ovariectomie, - salpingectomie totale, - vulvectomie partielle, - conisation ou résection du col de l'utérus, - résection de la glande surrénale, - biopsie nerveuse- biopsie musculaire, - résection d'une tumeur du cerveau, de la moelle épinière ou de l'hypophyse, - résection de tumeur osseuse, - amygdalectomie (> 18 ans), - adénoïdectomie (> 18 ans)	4
243600	Intervention pour hémorragie abdominale	3
241883	Traitement chirurgical d'une hernie inguinale, fémorale ou obturatrice unilatérale	3
211223	Honoraires pour l'installation et la surveillance continue d'un patient soigné dans les locaux d'une fonction agréée de soins intensifs : Le premier jour	3
473804	Ablation de tumeurs et/ou coagulation de lésions (2e et 3e duodénum)	3
241662	Pyloroplastie	3
257040	Thyroïdectomie totale ou subtotale bilatérale avec dissection des nerfs récurrents et des glandes parathyroïdes	3
242384	Laparoscopie ou laparotomie pour prélèvement biopsique du foie	3
250180	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané, temps principal	3
220242	Extraction de corps étrangers profondément situés dans les tissus	2
560501	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	2
243062	Hémi-colectomie droite ou gauche ou résection segmentaire du colon ou résection du sigmoïde ou résection partielle du rectum avec rétablissement de la continuité	2
241721	Cure opératoire de fistule gastrique	2
451404	Radiographie de l'oesophage (minimum 6 clichés), et de l'estomac (minimum 2 clichés), avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision	2
251624	Plastie de réduction d'un sein pour hypertrophie mammaire entraînant une gêne fonctionnelle, par sein	2
472102	Dilatation de l'oesophage par sonde pneumatique	2
257025	Thyroïdectomie totale simple ou thyroïdectomie partielle	2
477385	Polysomnographie après l'âge d'un an	2
290264	Arthroplastie du genou par prothèse uni-compartmentale avec composant tibial et fémoral	2
589061	Dilatation endovasculaire percutanée avec ou sans placement de stent(s) sous contrôle d'imagerie médicale d'une sténose et/ou occlusion d'une artère, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation et des produits pharmaceutique et de contraste . Pour les artères autres que les artères coronaires	2
242023	Duodéno-pancréatectomie	2
254844	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de deux sinus	1
471726	Bronchoscopie sans prélèvement biopsique	1
246665	Transparsplana vitrectomie	1
232805	Laminarthrectomie lombaire de plus de deux niveaux pour compression de la queue de cheval due à une étroitesse congénitale (Syndrome de Verbiest) ou acquise du canal rachidien	1
473104	Examen de l'intestin grêle avec un endoscope muni dun dispositif facilitant sa progression, par voie orale	1
261564	Résection endoscopique de la prostate, y compris la cystoscopie	1
444323	Honoraires forfaitaires pour curiethérapie combinée à une série d'irradiations externes chez un patient qui répond aux critères ou pathologie repris en catégorie 6	1
262382	Urétéroscopie ou urétéroréno-scopie thérapeutique avec dilatation urétérale sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement de la lithiase, d'abcès, de lésions ou sténose	1
241264	Exérèse de tablier graisseux étendu, avec gêne fonctionnelle : Résection elliptique	1



N° NPS	Libellé	Total
276080	Cure chirurgicale d'une rupture de la coiffe des rotateurs, quelle que soit la technique : par réparation directe d'un ou plusieurs tendons	1
472404	Extraction de corps étranger(s) du tube digestif par endoscopie	1
276581	Traitement sanglant d'une fracture du fémur, quel que soit le niveau	1
475086	** Examens électrocardiographiques avec protocole, 12 dérivations différentes au minimum	1
281105	Arthrodose intercorporeale cervicale y compris le prélèvement du greffon	1
565504	Analyse moléculaire complexe pour la recherche d'une affection constitutionnelle (niveau 3) (Règle diagnostique 6, 10, 18)	1
227802	Résection complète, conservatrice du sein, d'une tumeur maligne démontrée, avec résection d'une marge de sécurité macroscopiquement suffisante et résection du ganglion sentinelle avec examen anatomo-pathologique peropératoire du ganglion sentinelle	1
241500	Antrectomie avec vagotomie	1
290920	Ostéotomie du tibia, quel que soit le niveau	1
451522	Radiographie de l'oesophage (minimum 4 clichés) et de l'estomac et du duodénum en série (minimum 6 clichés) et du transit du grêle, y compris éventuellement la région iléocolique et le côlon (minimum 6 clichés) avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision	1
306924	* Prothèse amovible totale supérieure	1
242480	Cholécystectomie avec cholangiographie peropératoire.	1
588265	Honoraires pour l'examen anatomo-pathologique par inclusion et coupe, d'autant de prélèvements que nécessaire, quel que soit le nombre de coupes et quel que soit le nombre d'organes examinés, et y compris l'examen macroscopique éventuel, pour les prélèvements suivants : Biopsies des organes profonds suivants : - foie, - rein, - bassin, - surrénale, - prostate, - sein, - ganglion lymphatique, - moelle osseuse, - os, - glande thyroïde, - glande salivaire, - plèvre, - poumon, - testicule, - péritoine, - rétropéritoine, - médiastin, - cerveau	1
241920	Traitement chirurgical d'une hernie primaire de la paroi abdominale (en ce compris hernie ombilicale, hernie épigastrique, hernie spiegelienne ou hernie lombaire)	1
243165	Appendicectomie à froid ou à chaud, avec ou sans perforation	1
241706	Gastrostomie	1
243681	Incision et drainage par voie abdominale d'un abcès méso-coeliaque ou pelvien	1
243106	Iléo-colorectoplastie	1
227146	Hernie ou éventration diaphragmatique ou hiatale par voie thoracique ou thoraco-abdominale	1
475985	Mise en place percutanée d'une ou plusieurs électrode(s) intracavitaire(s) permanente(s) par voie transveineuse	1
599546	Supplément d'honoraires pour les prestations urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié, à l'exception des prestations citées au § 8 : Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 180 ou N 300 ou I 300 et égale ou inférieure à K 300 ou N 500 ou I 500	1
256546	Amygdalectomie, avec ou sans adénoïdectomie, chez l'adulte, c'est-à-dire la personne qui a atteint ou dépassé le jour anniversaire de ses dix-huit ans	1
243320	Traitement chirurgical de l'obstruction de l'intestin grêle par adhésiolyse tel que Noble, Childs ou Baker, y compris la gastrostomie	1
241684	Gastrostomie	1
442400	Examen tomographique lors d'une scintigraphie, avec traitement par ordinateur comprenant au moins deux plans non parallèles de reconstruction, avec protocole et documents iconographiques (Single-photon emission computed tomography - SPECT)	1
220323	Intervention chirurgicale pour tumeurs profondes ou lésions de la face ou des lèvres, à l'exclusion des lésions cutanées	1
353264	** Laparoscopie avec prélèvement biopsique, y compris le pneumopéritoine	1
589142	Occlusion percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de la vascularisation artérielle ou veineuse de lésions pathologiques ou d'hémorragie artérielle dans la région faciale, thoracique, abdominale ou pelvienne, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) d'embolisation utilisés, des produits pharmaceutiques et de contraste, du matériel d'embolisation	1
424023	Accouchement normal ou dystocique, y compris les honoraires pour l'anesthésie éventuelle, à l'exclusion des anesthésies effectuées par les médecins spécialistes en anesthésie	1
592001	Honoraire forfaitaire payé par journée d'hospitalisation pour les prestations de biologie clinique aux bénéficiaires hospitalisés	1
431760	Plastique vaginale et vulvaire	1
599561	Supplément d'honoraires pour les prestations urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié, à l'exception des prestations citées au § 8 : Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 120 ou N 200 ou I 200 et égale ou inférieure à K 180 ou N 300 ou I 300	1
432504	Laparoscopie diagnostique sans biopsie y compris le pneumopéritoine	1
432526	Laparoscopie diagnostique avec biopsie ou cytologie y compris le pneumopéritoine	1
Total général		1.109



11 Bibliographie

Références	Lien internet
Accord médico-mutualiste 2018-2019	https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/accord_medecins_mutualites_2018_2019.pdf
Formulaire de notification pour intervention bariatrique: Annexe 77	<a "))&rech='1&language=fr&tri=dd+AS+RANK&numero=1&table_name=titre&F=&caller=image_a1&fromtab=titre&la=F&nm=2010022327&pdf_page=28&pdf_file=http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2010/07/29_2.pdf"' href="http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl?=&sql=(text+contains+(">http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl?=&sql=(text+contains+(""))&rech=1&language=fr&tri=dd+AS+RANK&numero=1&table_name=titre&F=&caller=image_a1&fromtab=titre&la=F&nm=2010022327&pdf_page=28&pdf_file=http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2010/07/29_2.pdf
Belgian Meaningful Use Criteria : BMUC	https://www.health.belgium.be/fr/belgian-meaningful-use-criteria-bmuc
Brochure d'aide au codage ICD-10-BE	https://www.health.belgium.be/fr/brochure-daide-au-codage-icd-10-be
Cellule technique de l'INAMI	https://tct.fgov.be/webetct/etct-web/
Loi Coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de santé du 10/07/2008	http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2008071090&table_name=loi
Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14/07/1994	http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1994071438&table_name=loi
Manuel de codage des données infirmières du DI-RHM version officielle 1.6, janvier 2011	https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20110125_manuel_de_codage_di-rhm_janvier_2011_-_version_officielle_1_6_0.pdf
Manuel de codage ICD-10-BE (V2.3) 2017	https://www.health.belgium.be/fr/icd-10-be-publications-manuel-de-codage-icd-10-be-v23-2017
NPS, annexe à l'arrêté royal du 14/09/1984	http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1984091430&table_name=loi



Références	Lien internet
Plan d'action e-santé 2019-2021	https://www.ehealth.fgov.be/file/view/AWjHQ9zDgwwToiwBkf13?filename=Actieplan%202019-2021%20e-Gezondheid_final.pdf
RSS du 28/07/2003: Règlement portant exécution de l'article 22,11° de la loi relative à l'assurance obligatoire de santé et indemnités coordonnée le 14/07/1994	http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2003072832&table_name=loi

ANNEXE 6: PROJET DE PUBLICATION AU MONITEUR BELGE

ANNEXE	BIJLAGE
--------	---------

ROYAUME DE BELGIQUE

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

Indicateur pour la fixation d'un intervalle minimal entre la première consultation du patient avec le chirurgien bariatrique et la procédure bariatrique proprement dite

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, article 73, § 3, offre entre autres au service d'évaluation et contrôle médicale de l'INAMI la possibilité de soumettre des propositions d'indicateurs au sein du Conseil Nationale de la Promotion de la Qualité.

Le comité de l'assurance soins de santé et le conseil général de l'INAMI, ainsi que le gouvernement ont choisi de développer une méthode d'intégration des objectifs de soins de santé dans les choix de l'assurance maladie, en combinaison avec un cadre budgétaire pluriannuel dynamique et une attention particulière à l'appropriate care – le bon soin à la bonne place au bon moment.

L'implémentation des indicateurs reste un des leviers pour y parvenir, avec l'objectif de générer des gains d'efficience par la réduction de l'inappropriate care.

Les moyens ainsi libérés seront réinvestis dans les soins de santé.

Les indicateurs ne sont pas absolus, des

KONINKRIJK BELGIE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

Indicator voor het vastleggen van een minimale intervalperiode tussen de eerste raadpleging van de patiënt met de bariatrische chirurg en de eigenlijke bariatrische ingreep

De wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 73, § 3, biedt aan onder meer de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV de mogelijkheid om bij de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie voorstellen van indicatoren in te dienen.

Er werd door het comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de algemene raad van het RIZIV alsook door de regering geopteerd om een methode voor de integratie van de gezondheidszorgdoelstellingen in de keuzes van de ziekteverzekering te ontwikkelen, dit in combinatie met een dynamisch meerjarig budgettair kader en meer focus op appropriate care – de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste moment.

De implementatie van indicatoren blijft één van de hefbomen om hiertoe te komen, met als doel efficiëntiewinsten te genereren door het terugdringen van inappropriate care. De aldus vrijgekomen middelen worden terug geïnvesteerd binnen de gezondheidszorg.

Indicatoren zijn niet absoluut, waarbij gemotiveerde uitzonderingen steeds mogelijk blijven. In die zin is een indicator een verantwoordingsdrempel.

exceptions motivées restent possibles. Dans ce sens, un indicateur est un seuil de justification.

Les indicateurs servent à mesurer l'usage approprié des moyens disponibles au niveau des soins de santé et sont scientifiquement étayés et rationnels.

La valeur d'un indicateur est calculée à partir des revues scientifiques et analyses de données en concertation avec les organismes professionnelles et scientifiques.

NOTE

Dans le rapport KCE concernant l'efficacité, la sécurité et le coût-efficacité de la chirurgie de l'obésité (*rapport KCE 316B, 2019*) il a été démontré que la chirurgie est plus efficace que le traitement conservateur dans les cas d'obésité morbide et d'obésité grave combinée avec d'autres affections. 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 (p.ex. 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.

La proposition 8 du rapport KCE 329Bs de 2020 stipule: '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. Combiné avec des indicateurs liés à la phase postopératoire (p.ex. taux de présence au 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'.

La période d'au moins 3 mois entre la première consultation n'est pas clairement définie. Il y a une incertitude quant au type de consultation qui est envisagé (médecin? psychologue? diététicien? chirurgien?...) rendant

De indicateurs moeten peilen naar doelmatiger gebruik van de beschikbare middelen binnen de gezondheidszorg en zijn wetenschappelijk gefundeerd en rationeel.

De waarde van een indicator wordt berekend op basis van wetenschappelijke reviews en data-analyses in overleg met de beroepsorganisaties en wetenschappelijke verenigingen.

NOTA

Uit de KCE-studie over de werkzaamheid, veiligheid en kosteneffectiviteit van bariatrische chirurgie (*KCE-rapport 316, 2019*) bleek dat chirurgie effectiever is dan de conservatieve behandeling bij morbide obesitas en ernstige obesitas, in combinatie met andere aandoeningen. Aan de andere kant lost de ingreep niet alle problemen op, en is er een risico op complicaties en nevenwerkingen. Voor een succesvol, langdurig effect moet de patiënt zijn voedingsgewoonten en gedrag (bv. meer lichaamsbeweging) namelijk levenslang aanpassen, en moet hij zich langdurig medisch, nutritioneel en psychologisch laten opvolgen. Hierover moet hij dan ook goed worden geïnformeerd, en hij moet een goede begeleiding krijgen, zowel vóór als na de ingreep.

Het voorstel 8 uit het KCE-rapport 329 As van 2020 stelt: 'Een **periode voorzien van minimaal 3 maanden** tussen de eerste raadpleging en de eigenlijke bariatrische ingreep, behalve bij dringende medische redenen. Het KCE stelt voor om de duur van deze periode op te volgen als een indicator in het bariatrisch register. Deze indicator kan samen met indicatoren m.b.t. de post-operatieve fase (bv. naleving van follow-up afspraken) worden gebruikt om de zorgkwaliteit te controleren. Naast de duur van de pre-operatieve fase, is het ook cruciaal om de verschillende inhoudelijke stappen te bepalen voor een "goed" pre-operatief zorgpad, en deze aan te passen aan de kenmerken van de patiënt en het type ingreep.'

De periode van minimaal 3 maanden tussen de eerste raadpleging is evenwel niet duidelijk omschreven. Er heerst onduidelijkheid over het type van raadpleging dat wordt beoogd (huisarts? psycholoog? diëtist? chirurg?...) waardoor monitoring en controle moeilijk ligt.

Dit voorstel voorziet dan ook in het wettelijk

difficile le suivi et le contrôle

Cette proposition prévoit la fixation légale d'une période minimal 3 à 4 mois entre la première consultation du patient avec le chirurgien bariatrique et le moment de la procédure bariatrique proprement dite. Cela uniformise le suivi où un premier contact avec le chirurgien largement préalable à l'intervention à planifier étant considéré comme essentiel.

Une analyse des données a été effectuée dans laquelle la corrélation entre la date de la facturation de la procédure bariatrique effective et l'heure de facturation d'une consultation préalable par un chirurgien bariatrique a été effectuée.

Il a été tenu compte de la possibilité que le chirurgien effectuant la consultation ne soit pas nécessairement le chirurgien instrumentiste, ce qui est le cas dans un certain nombre de centres bariatriques. Les codes de nomenclature pertinents se trouvent à l'annexe 1.

L'analyse s'est focalisée sur une période entre la consultation et la chirurgie allant de moins de 3 mois, de 3 à 4 mois, de 5 à 6 mois et de plus de 6 mois. Pour un certain nombre de patients, il n'y a pas eu de consultation préalable avec un chirurgien bariatrique.

Intervalle	Range moyen
Pas de pre-consultation	4,3 %
Moins de 3 mois	31,7 %
De 3 à 4 mois	16,3 %
De 5 à 6 mois	22,7 %
Plus de 6 mois	25 %

L'analyse a été réalisée par hôpital, et par chirurgien au sein de l'hôpital

En France, la Haute autorité de la santé propose une phase préopératoire d'une durée minimale de 6 mois

En Suisse, les lignes directrices de la «Swiss Society for the Study of Morbid Obesity's» sont représentées par «l'Office fédéral de la santé publique et prévoient un intervalle minimum de 3 mois

L'instauration d'un délai minimal préopératoire pendant lequel une consultation par un chirurgien bariatrique devrait avoir lieu pourrait potentiellement conduire certains patients à renoncer à la chirurgie ce qui théoriquement pourrait donner un nombre moindre de chirurgies

vastleggen van een periode van minimaal 3 tot 4 maanden tussen de eerste raadpleging van de patiënt met de bariatrische chirurg en het tijdstip van de eigenlijke bariatrische ingreep. Dit maakt de monitoring uniform waarbij een eerste contact met een chirurg ruim voorafgaand aan een te plannen ingreep als essentieel wordt aanzien.

Een data-analyse werd verricht waarbij de correlatie werd nagegaan van de datum van de aanrekening van de effectieve bariatrische ingreep en het tijdstip van aanrekening van een voorafgaande raadpleging door een bariatrische chirurg. Er werd hierbij rekening gehouden met de mogelijkheid dat de chirurg die de raadpleging houdt niet noodzakelijkheid de instrumenterende chirurg moet zijn, hetgeen in een aantal bariatrische centra het geval is.

De analyse focuste op een intervalperiode tussen de raadpleging en de ingreep gaande van minder dan 3 maanden, 3 tot 4 maanden, 5 tot 6 maanden en meer dan 6 maanden. Voor een aantal patiënten was er geen voorafgaandelijke raadpleging bij een bariatrisch chirurg terug te vinden.

Intervalperiode	Gemiddelde range
Geen pre-consultatie	4,3 %
Minder dan 3 maanden	31,7 0%
Van 3 tot 4 maanden	16,3 %
Van 5 tot 6 maanden	22,7 %
Meer dan 6 maanden	25 %

De analyse werd uitgevoerd per ziekenhuis, en per chirurg binnen elk ziekenhuis

In Frankrijk stelt de 'Haute autorité de la santé' een preoperatieve fase met een minimumduur van zes maanden voor.

In Zwitserland voorzien de richtlijnen van de 'Swiss Society for the Study of Morbid Obesity's' afgevaardigd door het 'Office fédéral de la santé publique', een minimuminterval van drie maanden.

Het invoeren van een minimale pre-operatieve periode waarin een raadpleging door een bariatrisch chirurg moet gebeuren kan mogelijk een aantal patiënten doen afzien van een ingreep, hetgeen theoretisch tot een beperkt minder aantal ingrepen kan leiden, doch de efficiëntiewinst die hiermee gepaard gaat zal wellicht worden besteed

cependant les gains d'efficacité associés pourraient peut-être être consacrés à des dépenses supplémentaires pour les diététiciens, les psychologues et les autres prestataires de santé (soins transversaux).

En même temps, les interventions seront peut-être reportées un peu plus longtemps afin d'assurer une bonne préparation maximale à l'intervention afin d'améliorer le bien-être du patient.

La nomenclature prévoit déjà à l'heure actuelle un régime obligatoire pendant un an au préalable de l'intervention chirurgicale, ce qui laisse au patient assez de temps pour planifier une consultation chez le chirurgien.

Pendant la mise en oeuvre pratique de l'indicateur la crainte subsistait concernant la période stricte des 3 mois en raison d'une formulation vague. La période doit être bien définie pour éviter au patient et au chirurgien un calcul compliqué. L'indicateur est donc adapté à 3 mois calendrier complet entre la consultation et l'intervention. En pratique la période d'intervalle se situera entre 3 et 4 mois en fonction de la date de la consultation, ce qui est très clair pour le prestataire et le patient.

INDICATEUR

Une période minimale de 3 mois calendrier complet entre la première consultation du patient avec le chirurgien bariatrique et l'intervention bariatrique en elle-même est fixée légalement pour tous les patients. Les 3 mois calendrier complet débutent à partir du premier jour de mois calendrier qui suit à la date de la consultation. En cas d'urgence médicale, il peut y être dérogé en motivant la demande.

aan extra uitgaven aan diëtisten, psychologen en andere zorgverleners (transversale zorg).

Tevens zullen de ingrepen mogelijk wat langer worden uitgesteld om een maximale goede voorbereiding te kennen voor de ingreep met oog op een beter welzijn van de patiënt.

De nomenclatuur voorziet nu al in een verplicht dieet van minstens een jaar voorafgaand aan de ingreep, zodat de patiënt over voldoende tijd beschikt om een raadpleging bij de chirurg in te plannen.

Bij de praktische uitwerking van deze indicator werd de vrees geopperd omtrent enige verwarring met de strikte periode van 3 maanden, door onduidelijke formulering. Het moet immers voor de patiënt en de zorgverlener duidelijk zijn welke periode men hiermee bedoeld zonder dat dit moet aanleiding geven tot ingewikkelde berekeningen. De indicator werd aangepast naar 3 volledige kalendermaanden tussen de raadpleging en de ingreep. In de praktijk komt de intervalperiode te liggen tussen 3 en 4 maanden afhankelijk van de dag van de raadpleging en het is voor zorgverlener en patiënt heel duidelijk.

INDICATOR

Een periode van minimaal 3 volledige kalendermaanden tussen de eerste raadpleging van de patiënt met de bariatrische chirurg en het tijdstip van de eigenlijke bariatrische ingreep wordt voor alle patiënten wettelijk vastgelegd. De 3 volledige kalendermaanden beginnen te lopen vanaf de eerste dag van de kalendermaand die volgt op de dag van de raadpleging. Bij hoge medische nood kan hiervan gemotiveerd worden afgeweken.

ANNEXE 7: CONFIRMATION SOUSCRIPTION INDICATEUR PAR CEBAM ET KCE



Leuven, 13 oktober 2022

Geachte

In het kader van de *Wet houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid van 18 mei 2022* en volgens de bepalingen in het *MB van 30 mei 2022* heeft het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (Cebam) haar medewerking verleend bij het formuleren en onderbouwen van indicatoren die doelmatige zorg ten goede komen. Meer in het bijzonder werden er drie indicatoren uitgewerkt die worden neergelegd bij het NRKP. Ze worden hieronder elk afzonderlijk vermeld.

(1) CEBAM onderschrijft hierbij mee het voorstel van indicator met referentie 2022/DGEC/002 conform artikel 73 § 3 van de GVVU-wet:

“Een periode van minimaal 3 volledige kalendermaanden tussen de eerste raadpleging van de patiënt met de bariatrische chirurg en het tijdstip van de eigenlijke bariatrische ingreep wordt voor alle patiënten wettelijk vastgelegd. De 3 volledige kalendermaanden beginnen te lopen vanaf de 1^e dag van de kalendermaand die volgt op de raadpleging. Bij hoge medische nood kan hiervan gemotiveerd worden afgeweken.”

(2) CEBAM onderschrijft hierbij mee het voorstel van indicator met referentie 2022/DGEC/001 conform artikel 73 § 3 van de GVVU-wet:

“De verstrekking met nomenclatuurcode 276636-276640, opgenomen in artikel 14k van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, mag per kalenderjaar slechts voor 45 % van het totaal aantal verstrekkingen per zorgverlener bij patiënten ouder dan 50 jaar worden verricht.”

(3) CEBAM onderschrijft hierbij mee het voorstel van indicator met referentie 2022/DGEC/003 conform artikel 73 § 3 van de GVVU-wet:

“De maximale incidentie van ambulant urgent uitgevoerde NMR-onderzoeken wordt vastgelegd op 5 urgente NMR-onderzoeken per 1000 uitgevoerde NMR-onderzoeken per kalenderjaar. Het betreft de NMR-verstrekkingen die gevat worden door de nomenclatuurcodes 599572 en 599594 opgenomen in artikel 26 § 1 en § 9 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.”

Voor Cebam

Patrik Vankrunkelsven, directeur.

13/10/2022

Brussel, 19 oktober 2022

Geachte

In het kader van de *Wet houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid van 18 mei 2022* en volgens de bepalingen in het *MB van 30 mei 2022* heeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) haar medewerking verleend bij het formuleren en onderbouwen van indicatoren die doelmatige zorg ten goede komen. Meer in het bijzonder werden er drie indicatoren uitgewerkt die worden neergelegd bij het NRKP. Ze worden hieronder elk afzonderlijk vermeld.

- (1) Het KCE onderschrijft hierbij mee het voorstel van indicator met referte 2022/DGEC/002 conform artikel 73 § 3 van de GVO-wet:

“Een periode van minimaal 3 volledige kalendermaanden tussen de eerste raadpleging van de patiënt met de bariatrische chirurg en het tijdstip van de eigenlijke bariatrische ingreep wordt voor alle patiënten wettelijk vastgelegd. De 3 volledige kalendermaanden beginnen te lopen vanaf de 1^e dag van de kalendermaand die volgt op de raadpleging. Bij hoge medische nood kan hiervan gemotiveerd worden afgeweken.”

- (2) Het KCE onderschrijft hierbij mee het voorstel van indicator met referte 2022/DGEC/001 conform artikel 73 § 3 van de GVO-wet:

“De verstrekking met nomenclatuurcode 276636-276640, opgenomen in artikel 14k van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, mag per kalenderjaar slechts voor 45 % van het totaal aantal verstrekkingen per zorgverlener bij patiënten ouder dan 50 jaar worden verricht.”

- (3) Het KCE onderschrijft hierbij mee het voorstel van indicator met referte 2022/DGEC/003 conform artikel 73 § 3 van de GVO-wet:

“De maximale incidentie van ambulante urgent uitgevoerde NMR-onderzoeken wordt vastgelegd op 5 urgente NMR-onderzoeken per 1000 uitgevoerde NMR-onderzoeken per kalenderjaar. Het betreft de NMR-verstrekkingen die gevat worden door de nomenclatuurcodes 599572 en 599594 opgenomen in artikel 26 § 1 en § 9 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.”

Voor het KCE,

Christophe Janssens
Adjunct Algemeen Directeur a.i.

Marijke Eyssen
Algemeen Directeur a.i.