

Chirurgie bariatrique

Les premiers résultats suite à la publication de
l'indicateur sur l'intervalle entre la première
consultation avec un chirurgien et l'intervention
bariatrique



Service des soins de santé

Direction Appropriate Care

Contact: appropriatecare@riziv-inami.fgov.be

Date de ce rapport : 1^{er} septembre 2026

RESUME

INTRODUCTION

Afin de donner au patient un temps de réflexion nécessaire à une décision de chirurgie bariatrique, un indicateur imposant un délai préopératoire de minimum 3 mois a été publié en septembre 2023.

En effet, une intervention bariatrique ne résout pas tous les problèmes liés à l'obésité. Pour un effet 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. Un délai préopératoire de minimum 3 mois donne donc au patient le temps de réflexion nécessaire pour prendre une décision fondée et basée sur des conseils appropriés.

METHODE

Analyses descriptives des données de facturation concernant les interventions bariatriques remboursées de la période calendrier 2018-2024 (numéros de nomenclature 241776 – 241780, 241813 – 241824, 241835 – 241846) et les consultations préopératoires avec un chirurgien bariatrique (numéros de nomenclature 101275, 101290). L'étude de l'évolution du nombre d'interventions bariatriques est combinée à l'évaluation du délai préopératoire de minimum 3 mois.

RESULTATS

Le nombre d'interventions bariatriques diminue de manière progressive entre 2018 et 2024. Le non-respect d'un délai préopératoire de minimum 3 mois diminue sur la même période, avec une accélération en 2024.

En 2018, 51% des interventions avaient lieu sans le délai préopératoire de minimum 3 mois. En 2023, ce pourcentage a diminué à 37%, pour atteindre 14% en 2024, ce qui coïncide avec la publication de l'indicateur en septembre 2023.

CONCLUSION

Les résultats indiquent une tendance à la baisse du nombre d'interventions bariatriques, ainsi qu'une diminution du non-respect d'un délai préopératoire de minimum 3 mois. En 2024, dans 14% des cas, le patient ne bénéficie pas d'un délai de minimum 3 mois de réflexion avant son intervention bariatrique. Étant donné que les analyses sont principalement descriptives et que d'autres facteurs ont pu jouer un rôle, aucun lien de causalité ne peut être établi entre l'indicateur et l'évolution observée.

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ.....	2
TABLE DES MATIÈRES	3
1. INTRODUCTION	4
1. Contexte.....	4
2. Objectif.....	5
2. MÉTHODE.....	6
1. Source des données et critères de sélection.....	6
2. Evolution du nombre d'interventions bariatriques.....	7
3. Indicateur de l'intervalle consultation – chirurgie bariatrique	7
3. RÉSULTATS.....	8
1. Evolution du nombre d'interventions bariatriques.....	8
2. Indicateur de l'intervalle consultation – chirurgie bariatrique	9
a. Evolution globale	9
b. Résultats pour l'ensemble des médecins	10
c. Variations socio-démographiques et professionnelles de l'ensemble des médecins.....	11
d. Résultats par hôpital.....	15
4. DISCUSSION	17
5. CONCLUSION	18

1. INTRODUCTION

1. Contexte

En 2019, le Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE) a publié un rapport sur l'efficacité, la sécurité et le coût-efficacité de la chirurgie de l'obésité (rapport KCE 316B, 2019)¹. Ce rapport montre 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.

Il insiste toutefois sur le risque de complications et d'effets secondaires de la chirurgie et sur l'adaptation indispensable du patient, pour le reste de sa vie, quant à ses habitudes alimentaires, son comportement (exercice physique) et son suivi médical et nutritionnel, voire psychologique, à long terme.

En 2020, le KCE a publié un rapport (rapport KCE 329B)² recommandant une période d'au moins 3 mois entre la première consultation et l'intervention bariatrique proprement dite, sauf pour des raisons médicales urgentes. Ce délai minimum donne au patient le temps de réflexion nécessaire pour prendre une décision fondée sur des conseils appropriés.

En comparaison, en France, la Haute Autorité de Santé³ recommande une préparation préopératoire multidisciplinaire approfondie avant toute chirurgie bariatrique. Les centres spécialisés français appliquent généralement une période préparatoire de 6 à 12 mois afin d'évaluer l'adhésion du patient, d'optimiser la prise en charge des comorbidités et de préparer les changements comportementaux nécessaires au succès de l'intervention. En Suisse, les directives de la Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)⁴, aujourd'hui Swiss Multidisciplinary Obesity Society, exigent généralement qu'un traitement conservateur multidisciplinaire documenté soit poursuivi pendant au moins trois mois avant l'intervention bariatrique. Enfin, les centres belges associés à la Belgian Section of Obesity and Metabolic Surgery (BeSOMS) s'accordent largement sur un délai minimal préopératoire de 3 mois, fréquemment présenté comme une exigence réglementaire belge.

En 2022, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI a analysé les données de facturation des procédures bariatriques réalisées en 2019 en Belgique. L'intervalle entre la première consultation du patient avec un chirurgien qui pratique des interventions de chirurgie bariatrique, ci-après dénommé "chirurgien bariatrique", et le moment de l'intervention bariatrique était très variable. Même

¹ Louwagie P, Neyt M, Dossche D, et al. *Bariatric surgery: an HTA report on the efficacy, safety and cost-effectiveness*. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) ; 2019. KCE Reports 316C. DOI: 10.57598/R316C. [\[kce.fgov.be\]](https://kce.fgov.be)

² Van den Heede K, Ten Geuzendam B, Dossche D, et al. *Chirurgie de l'obésité : organisation et financement des soins pré- et postopératoires*. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) ; 2020. KCE Reports 329B. DOI: 10.57598/R329BS. [\[kce.fgov.be\]](https://kce.fgov.be)

³ Haute Autorité de Santé (HAS). *Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte*. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2009. [\[has-sante.fr\]](https://has-sante.fr)

⁴ Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB). Directives pour le traitement chirurgical de l'obésité. SMOB; 2021. [\[smob.ch\]](https://smob.ch)

si la majorité des opérations se déroulent au-delà des 3 mois, 32% des opérations se déroulent dans un intervalle de moins de 3 mois et 4% sans consultation préalable.

Le 6 décembre 2022, le Conseil national de la promotion de la qualité (CNPQ)⁵ a approuvé un indicateur de déviation manifeste des bonnes pratiques médicales sur l'intervalle minimum entre la première consultation avec le chirurgien et l'intervention bariatrique :

« Une période minimale de trois mois calendriers complets entre la première consultation du patient avec un chirurgien bariatrique et le moment de l'intervention bariatrique proprement dite est fixée pour tous les patients. Les trois mois calendriers complets débutent à partir du premier jour du mois calendrier qui suit le jour de la consultation. En cas de haute nécessité médicale, il peut y être dérogé en motivant la demande. »

Le 25 septembre 2023, l'indicateur a été publié au Moniteur belge et est alors entré en vigueur. Lorsque l'indicateur a été publié au Moniteur belge, le SECM a envoyé un  [courrier de sensibilisation aux chirurgiens bariatriques](#) pour qu'ils tiennent compte de cet indicateur.

En avril 2024, le SECM a envoyé un [feedback individuel](#) aux chirurgiens bariatriques ayant attesté au moins une intervention bariatrique au cours des 5 années précédant la publication de l'indicateur. Ce feedback leur a permis de se situer par rapport à l'indicateur et aux autres chirurgiens bariatriques, ainsi que d'adapter leur comportement et leur prise en charge si nécessaire.

L'instauration d'un délai minimal préopératoire pendant lequel le patient devrait consulter un chirurgien bariatrique pourrait potentiellement conduire certains patients à renoncer à la chirurgie, ce qui théoriquement pourrait diminuer le nombre de chirurgies. Cependant, d'autres dépenses supplémentaires pour les diététiciens, les psychologues et les autres dispensateurs de soins pourraient être constatées. Cette proposition ne vise donc pas à réaliser d'éventuelles économies, mais bien à optimiser la qualité des soins en permettant une préparation optimale du patient et en améliorant son bien-être.

L'indicateur constitue un seuil de responsabilité pour le dispensateur de soins, des dérogations motivées restent donc possibles. En effet, tout patient qui a besoin de soins qui se justifient, pourra toujours en bénéficier.

2. Objectif

L'objectif de cette analyse est d'évaluer l'évolution de l'intervalle entre la première consultation du patient avec un chirurgien bariatrique et le moment de l'intervention bariatrique proprement dite en Belgique, ainsi que l'impact de l'indicateur entré en vigueur en septembre 2023.

⁵ 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. Bruxelles: INAMI; 2022. https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/indicateur_bariatrie_dossier_CNPQ.pdf

2. MÉTHODE

1. Source des données et critères de sélection

Les données relatives aux interventions bariatriques et aux consultations proviennent de New Attest, base de données contenant des informations sur les prestations remboursées par l'assurance soins de santé ⁶.

Numéro de nomenclature	Description
241776 241780	Gastroplastie de réduction (Mason, Sleeve)
241813 241824	Gastroplastie de réduction par placement d'un anneau gastrique adaptable ("gastric banding")
241835 241846	Gastroplastie de réduction associée à une dérivation bilio-pancréatique ou gastro-jéjunale (Scopinaro, bypass gastrique, switch duodénal)
101275	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en chirurgie, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant
101290	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en chirurgie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant

Tableau 1 : Interventions de chirurgie bariatrique et consultations : codes de nomenclature et description

Le **Tableau 1** décrit brièvement les codes de nomenclature utilisés pour la sélection des interventions de chirurgie bariatrique et des consultations avec le chirurgien bariatrique.

Les interventions ont été incluses dans l'analyse si elles ont été remboursées en tant qu'intervention principale ou secondaire⁷.

Les dates prises en compte sont celles de l'intervention chirurgicale et de la consultation, et non les dates de facturation. Les données comptables sont incluses à partir de 2017 jusqu'à septembre 2025.

Les consultations sont retenues si elles ont eu lieu avant l'intervention, que ce soit dans l'année civile en cours ou dans l'année civile précédente.

Les résultats présentés se composent de deux parties distinctes :

- l'évolution du nombre d'interventions bariatriques,
- les résultats relatifs à l'indicateur d'un délai de 3 mois minimum entre la première consultation chez le chirurgien bariatrique et l'intervention proprement dite.

⁶ New Attest est une base de données mise à disposition de l'INAMI par l'Agence InterMutualiste (AIM-IMA) selon des modalités limitées et spécifiques. Elle contient les informations collectées par les mutualités sur les soins de santé remboursés à leurs affiliés.

⁷ Intervention(s) chirurgicale(s) réalisée(s) au cours d'une même séance dans des domaines clairement distincts de ceux relevant de l'intervention principale, ou pour des prestations qui ne peuvent être facturées qu'à hauteur de 50%.

2. Evolution du nombre d'interventions bariatriques

Il s'agit d'une analyse générale par année et type d'intervention, de 2018 à 2024 inclus. Elle porte sur les médecins ayant les codes de compétence suivants :

- 140 = médecin spécialiste en chirurgie
- 149 = médecin spécialiste en chirurgie, porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence
- 014 = médecin spécialiste en formation en chirurgie

3. Indicateur de l'intervalle consultation – chirurgie bariatrique

Les résultats relatifs à l'indicateur de l'intervalle entre la première consultation avec un chirurgien et l'intervention proprement dite sont calculés par année d'intervention, de 2018 à 2024 inclus.

Pour ces analyses, une seule intervention est retenue par patient et par année (sur la base de la date la plus ancienne), et une seule consultation y est associée (également sur la base de la date la plus ancienne et auprès d'un chirurgien bariatrique ayant un lien avec l'hôpital où l'intervention a été réalisée). L'intervalle, en mois calendriers complets, est calculé entre la date de consultation la plus ancienne et la date de l'intervention.

L'indicateur bariatrique, exprimé en pourcentage, mesure un taux de non-respect du délai minimal préopératoire. Il est calculé en divisant le nombre d'interventions bariatriques avec une première consultation dans un délai inférieur à 3 mois (ou pas de consultation) par le nombre total d'interventions bariatriques.

Pour l'analyse des variations de pratique, les médecins sont regroupés selon l'année de réalisation de l'intervention bariatrique (2020-2024), la région (adresse professionnelle), le sexe, la catégorie d'âge (34- , 35-44, 45-54, 55-64, 65+), le statut d'accréditation (0/1) et le statut de conventionnement (Accept, Partial, Refuse).

Les données démographiques des médecins utilisées pour les analyses comparatives sont celles dont dispose l'INAMI au 31 décembre de chaque année civile. Lorsque cela est possible, c'est l'adresse professionnelle du médecin qui est utilisée. A défaut, c'est son adresse de contact. L'âge du médecin est son âge à la fin de l'année civile.

Seuls les médecins ayant pratiqué au moins une intervention bariatrique au cours de la période 2018-2024 sont inclus dans les analyses. Les médecins dont le numéro NISS n'est pas connu et les médecins décédés sont exclus des analyses.

Pour l'analyse par hôpital, un regroupement est effectué sur la base du numéro d'agrément des hôpitaux.

3. RÉSULTATS

1. Evolution du nombre d'interventions bariatriques

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
241776 - 241780	4.994	4.250	2.701	4.064	3.254	2.811	2.510
Gastroplastie de réduction (Mason, Sleeve)	36%	34%	29%	29%	27%	27%	25%
241813 - 241824	186	125	103	184	120	82	107
Gastroplastie de réduction par placement d'un anneau gastrique adaptable ("gastric banding")	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
241835 - 241846	8.830	8.091	6.523	9.953	8.564	7.509	7.582
Gastroplastie de réduction associée à une dérivation bilio-pancréatique ou gastro-jéjunale (Scopinaro, bypass gastrique, switch duodénal)	63%	65%	70%	70%	72%	72%	74%
Total général	14.010	12.466	9.327	14.201	11.938	10.402	10.199

Tableau 2 : Interventions bariatriques, par type d'intervention, entre 2018 et 2024

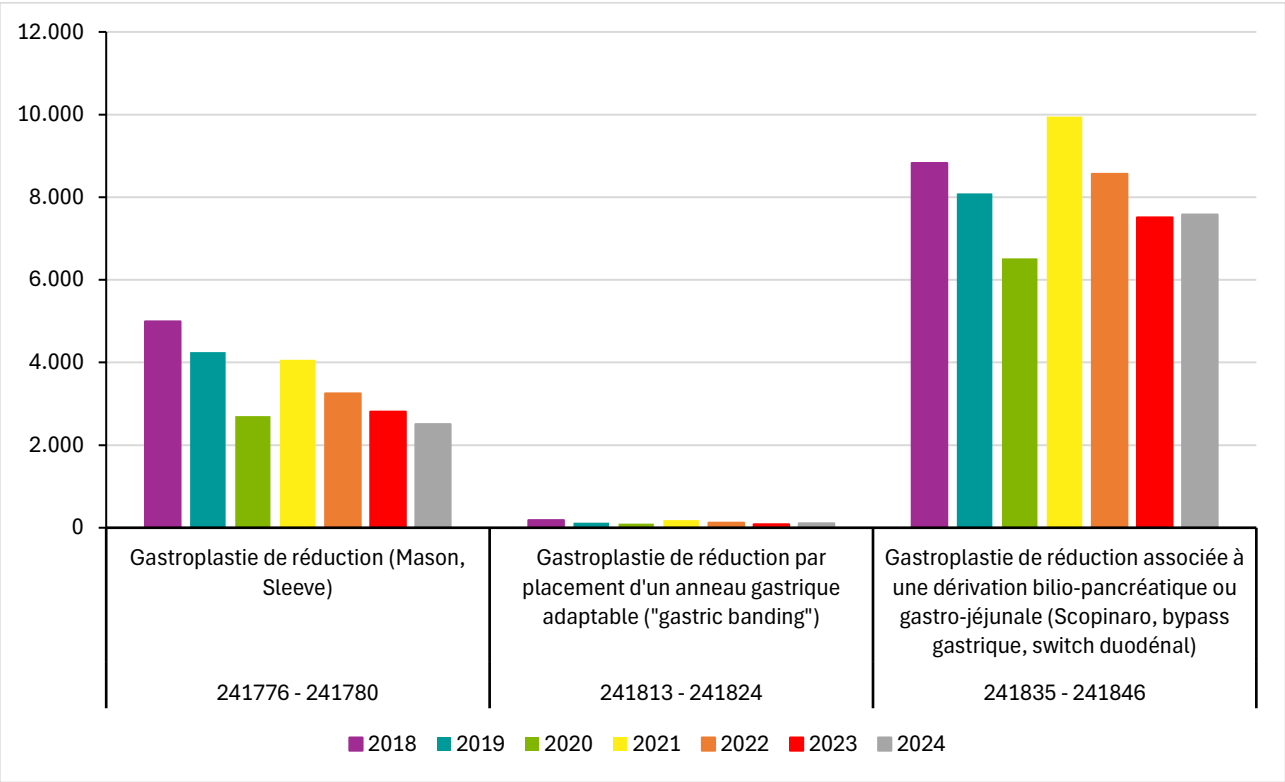


Figure 1 : Interventions bariatriques, par type d'intervention, entre 2018 et 2024

La **Figure 1** et **Tableau 2** montrent une diminution progressive des interventions bariatriques sur l'ensemble de la période, avec un nombre nettement inférieur en 2020 dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et un rebond en 2021.

La gastroplastie de réduction par placement d'un anneau gastrique adaptable représente à peine 1% des interventions bariatriques. La proportion de gastroplastie de réduction associée à une dérivation bilio-pancréatique ou gastro-jéjunale augmente avec les années, passant de 63% des interventions en 2018 à 74% en 2024.

2. Indicateur de l'intervalle consultation – chirurgie bariatrique

a. Evolution globale

Remarque : étant donné que, pour toutes les analyses suivantes, une seule intervention par patient et par année a été retenue, les totaux sont légèrement inférieurs aux totaux par type d'intervention.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre total	13.964	12.369	9.287	14.128	11.857	10.336	10.105
Intervalle < 3 mois calendriers complets	7.138	5.368	3.697	5.611	4.421	3.816	1.436
	51%	43%	40%	40%	37%	37%	14%

Tableau 3 : Nombre total d'interventions bariatriques et nombre/pourcentage d'interventions avec un délai préopératoire inférieur à 3 mois, entre 2018 et 2024

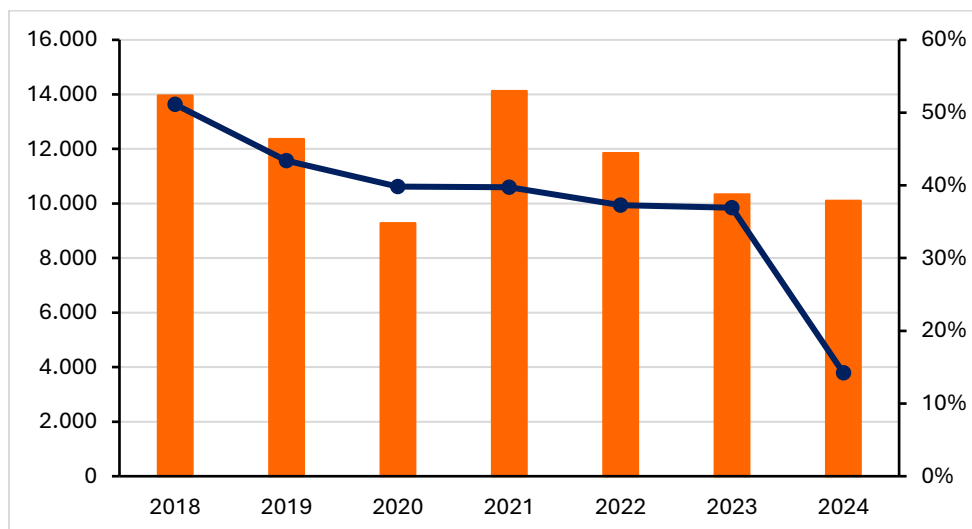


Figure 2 : Nombre total d'interventions bariatriques et pourcentage d'interventions avec un délai préopératoire inférieur à 3 mois, entre 2018 et 2024

Les barres orange de la **Figure 2** représentent le nombre total d'interventions bariatriques (échelle verticale à gauche). La ligne bleue représente le pourcentage d'interventions bariatriques sans consultation au moins 3 mois avant l'intervention (échelle verticale à droite).

La **Figure 2** et le **Tableau 3** montrent que, outre la diminution générale des interventions bariatriques au fil des années, de 2018 à 2023, le pourcentage d'interventions bariatriques sans consultation au moins 3 mois avant l'intervention diminue progressivement de 51% en 2018 à 37% en 2023, pour atteindre finalement 14% en 2024.

Pour rappel : l'indicateur a été approuvé par le CNPQ en décembre 2022 et publié au Moniteur en septembre 2023.

b. Résultats pour l'ensemble des médecins

Année	Nombre de médecins concernés	Médiane (indicateur)	Moyenne (indicateur)
2020	242	33%	35%
2021	251	36%	37%
2022	235	33%	35%
2023	236	31%	33%
2024	241	10%	14%

Tableau 4 : Nombre de médecins concernés et mesures de tendance centrale de l'indicateur entre 2020 et 2024

Le **Tableau 4** montre que, en 2023, 50% des médecins présentaient un indicateur inférieur ou égal à 31%. Cela signifie que, pour la moitié des médecins, au maximum 31% des interventions concernaient des patients qui n'avaient pas été vus dans le délai prévu. En 2024, ce taux médian s'améliore pour atteindre 10%, ce qui signifie que, pour la moitié des médecins, au maximum 10% des interventions concernaient des patients qui n'avaient pas été vus dans le délai prévu, ou encore : au moins 9 patients sur 10 bénéficiaient du délai prévu.

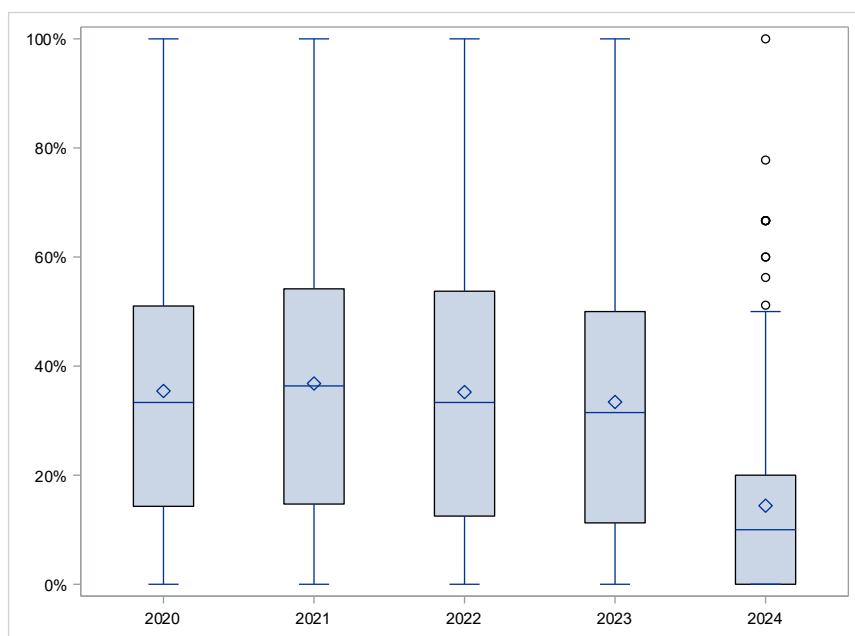


Figure 3 : Résultats de l'indicateur pour l'ensemble des médecins de 2020 à 2024

Les boxplots de la **Figure 3** montrent, pour chaque année, la répartition des médecins en fonction du pourcentage d'interventions bariatriques où une période minimale de 3 mois entre la première consultation du patient avec un chirurgien bariatrique et le moment de l'intervention n'est pas respecté.

c. Variations socio-démographiques et professionnelles de l'ensemble des médecins

Année 2024	Nombre médecins	Médiane (indicateur)	Moyenne (indicateur)
Belgique	241	10%	14%
Variations en fonction de la région (adresse professionnelle)			
Bruxelles	44	17%	25%
Wallonie	89	4%	8%
Flandres	108	12%	15%
Variations en fonction du sexe			
Femme	51	13%	17%
Homme	190	9%	14%
Variations en fonction de la catégorie d'âge			
34-	16	0%	8%
35-44	76	10%	17%
45-54	70	11%	15%
55-64	63	7%	12%
65+	16	6%	17%
Variations en fonction de l'accréditation			

0	55	16%	21%
1	186	8%	13%
Variations en fonction du conventionnement			
Accept	164	8%	13%
Partial	12	12%	14%
Refuse	65	13%	17%

Tableau 5 : Nombre de médecins concernés et mesures de tendance centrale de l'indicateur selon les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des médecins, en 2024

Dans le **Tableau 5**, qui présente les variations observées entre les médecins pour l'année 2024, seules les variations par région et par statut d'accréditation sont statistiquement significatives :

- les médecins exerçant en Wallonie respectent mieux le délai préopératoire de plus de 3 mois;
- les médecins accrédités respectent mieux le délai préopératoire de plus de 3 mois.

Le genre, l'âge et le statut de conventionnement ne sont pas statistiquement significatifs, même si :

- les hommes médecins respectent mieux le délai préopératoire de plus de 3 mois que les femmes médecins ;
- la médiane montre un gradient d'âge. Les médecins de plus de 55 ans respectent mieux le délai préopératoire de plus de 3 mois.

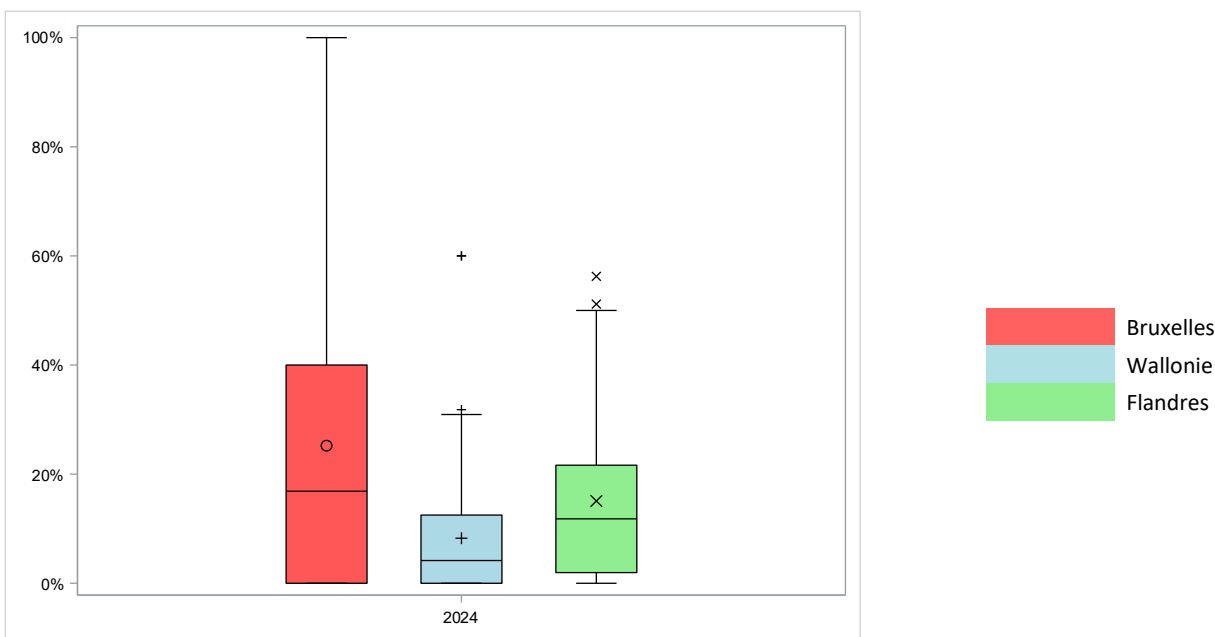


Figure 4 : Répartition de l'indicateur pour l'ensemble des médecins en 2024, ventilée par région

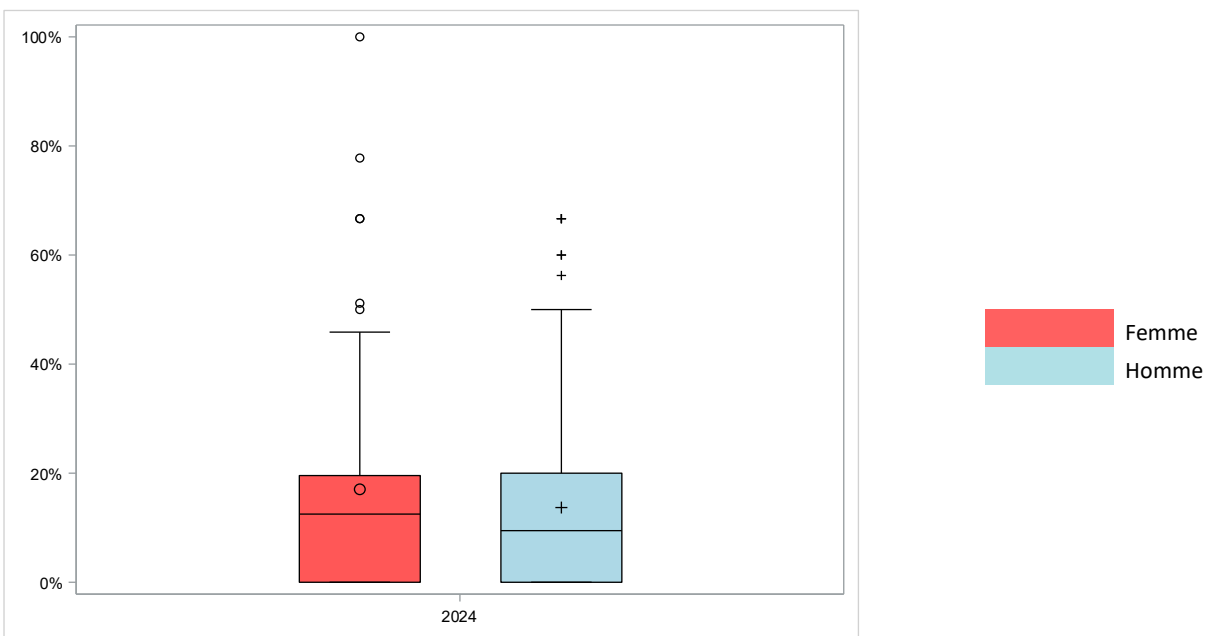


Figure 5 : Répartition de l'indicateur pour l'ensemble des médecins en 2024, ventilée par genre

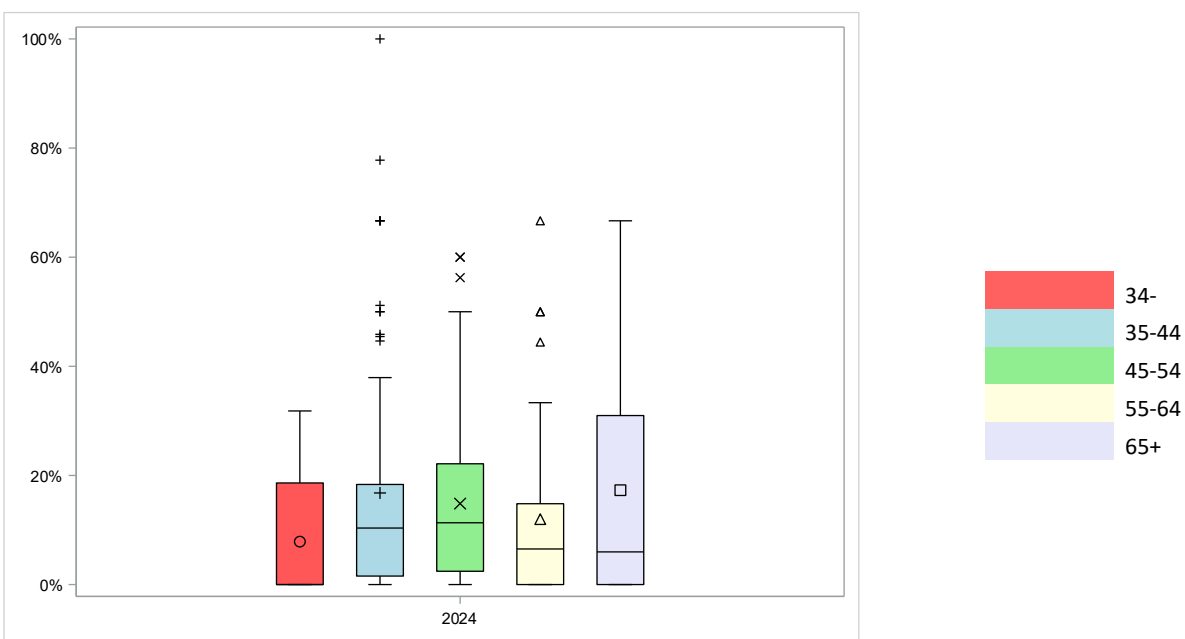


Figure 6 : Répartition de l'indicateur pour l'ensemble des médecins en 2024, ventilée par catégorie d'âge

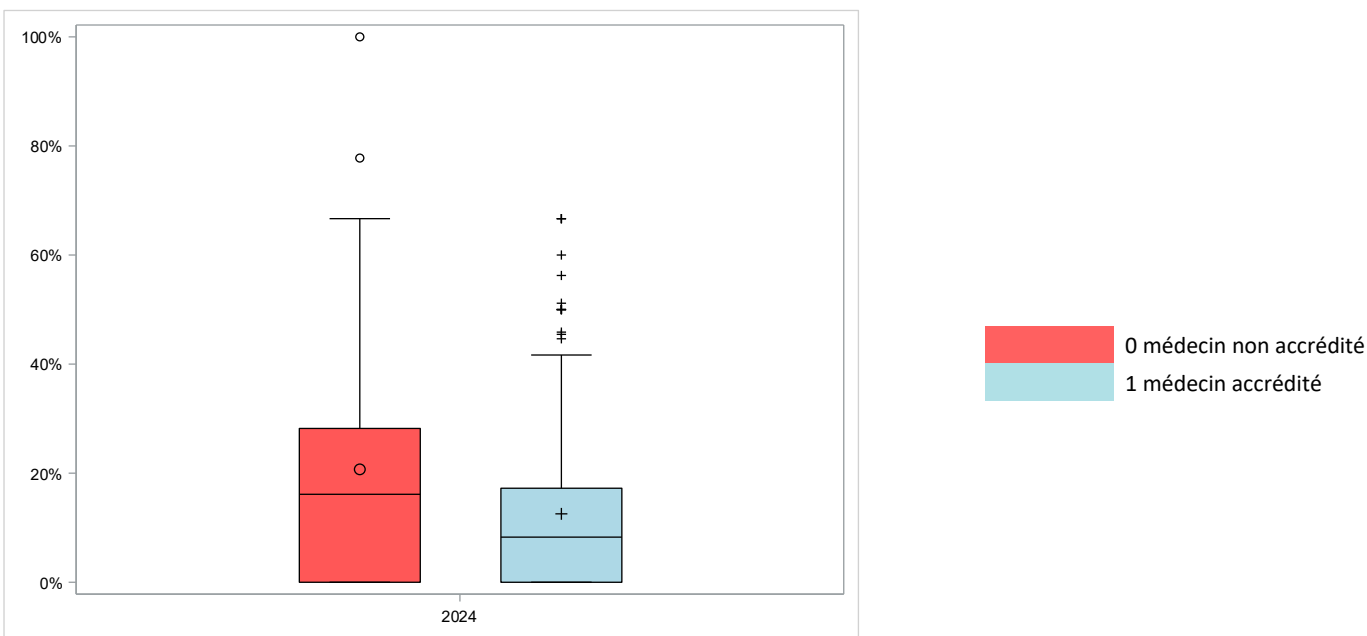


Figure 7 : Répartition de l'indicateur pour l'ensemble des médecins en 2024, ventilée par le statut d'accréditation

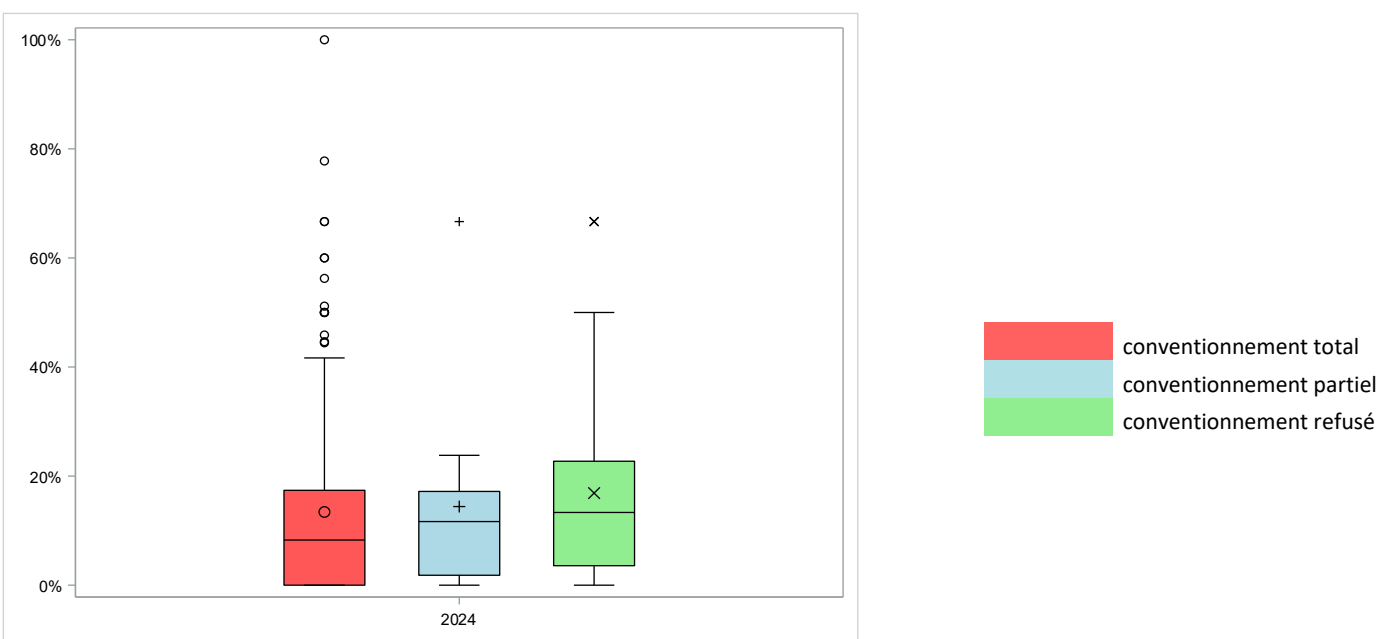


Figure 8 : Répartition de l'indicateur pour l'ensemble des médecins en 2024, ventilée par le statut de conventionnement

Les boxplots des [Figure 4](#), [Figure 5](#), [Figure 6](#), [Figure 7](#) et [Figure 8](#) illustrent pour 2024 les variations entre les médecins par région, par genre, par catégorie d'âge et par le statut d'accréditation et de conventionnement.

d. Résultats par hôpital

Hôpital	Région	Nombre total d'interventions bariatriques	Nombre d'interventions sans consultation ≥ 3 mois	% d'interventions sans consultation ≥ 3 mois
1	Flandres	581	72	12%
2	Bruxelles	552	90	16%
3	Flandres	334	38	11%
4	Bruxelles	305	59	19%
5	Wallonie	295	15	5%
6	Flandres	275	54	20%
7	Flandres	269	32	12%
8	Flandres	256	57	22%
9	Flandres	246	29	12%
10	Wallonie	240	25	10%
11	Flandres	211	86	41%
12	Flandres	191	5	3%
13	Flandres	190	59	31%
14	Wallonie	183	30	16%
15	Flandres	183	4	2%
16	Wallonie	182	8	4%
17	Flandres	178	2	1%
18	Wallonie	177	13	7%
19	Flandres	173	34	20%
20	Wallonie	159	10	6%
21	Bruxelles	154	93	60%
22	Wallonie	142	7	5%
23	Flandres	134	19	14%
24	Flandres	129	13	10%
25	Wallonie	126	15	12%
26	Wallonie	124	1	1%
27	Wallonie	123	30	24%
28	Flandres	118	2	2%
29	Flandres	116	0	0%
30	Bruxelles	114	28	25%
	Total	6.460	930	14%

Tableau 6 : Résultats de l'indicateur pour les 30 hôpitaux avec le plus grand nombre d'interventions bariatriques en 2024

Afin de mettre en évidence les variations entre les hôpitaux, le **Tableau 6** présente le nombre total d'interventions bariatriques et le nombre sans consultation précédent l'intervention de plus de 3 mois dans les 30 hôpitaux avec le plus grand nombre d'interventions bariatriques en 2024. Ces 30 hôpitaux représentent 64% de toutes les interventions bariatriques en 2024.

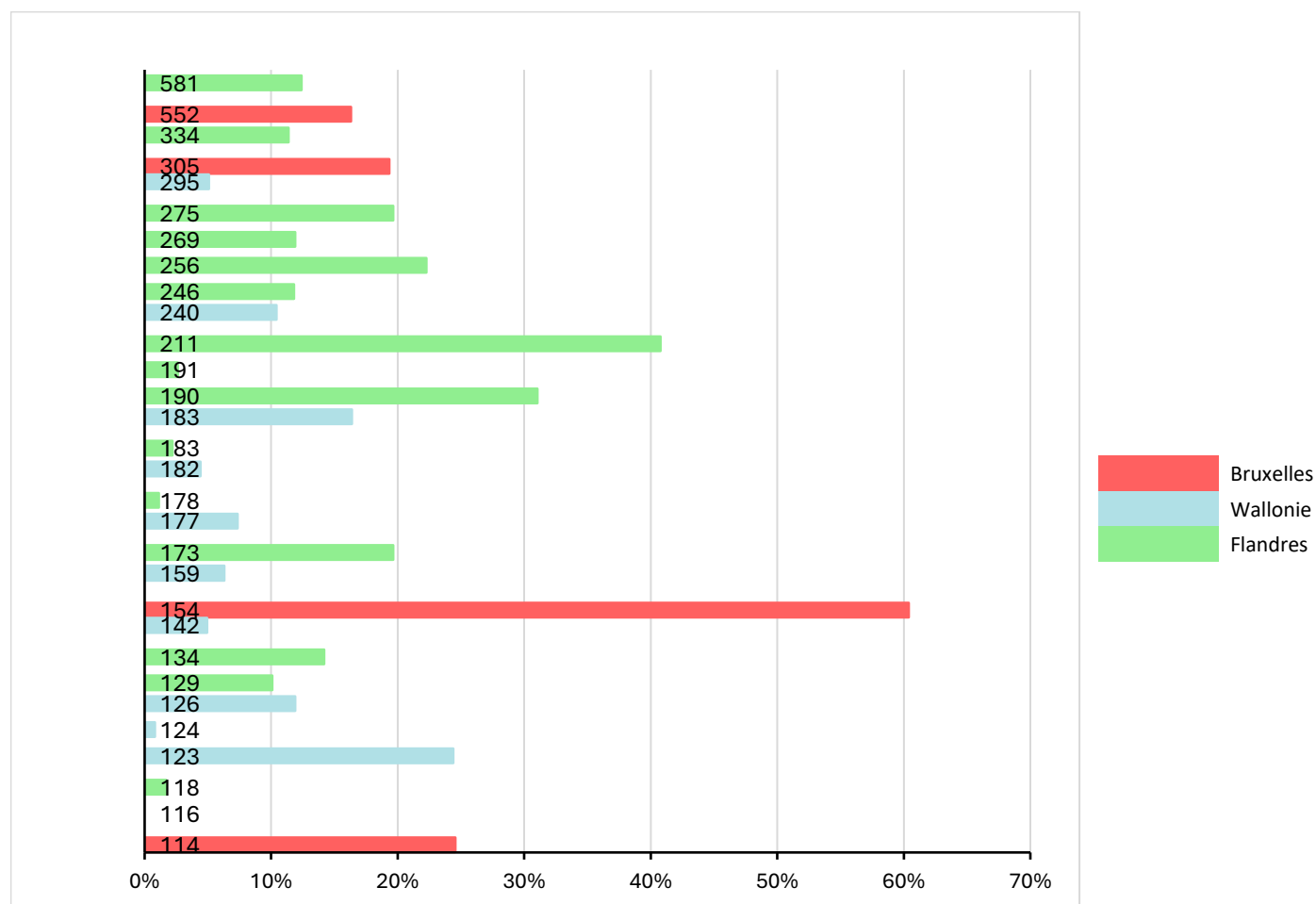


Figure 9 : Résultats de l'indicateur pour les 30 hôpitaux avec le plus grand nombre d'interventions bariatriques, en 2024

La **Figure 9** illustre les variations entre les 30 hôpitaux avec le plus grand nombre d'interventions bariatriques en 2024. Les couleurs des barres indiquent la région dans laquelle se trouve l'hôpital : barres vertes pour les hôpitaux en Flandre, barres rouges pour les hôpitaux à Bruxelles et barres bleues pour les hôpitaux en Wallonie.

4. DISCUSSION

Les analyses basées sur les données de remboursement issues de New Attest montrent une diminution progressive du nombre d'interventions bariatriques en Belgique au cours de la période 2018-2024 hormis les années 2020 et 2021 où la période COVID a perturbé les pratiques. La part des gastropplasties de réduction associée à une dérivation bilio-pancréatique ou gastro-jéjunale (Scopinaro, bypass gastrique, switch duodénal) augmente de 63% à 74% sur la même période.

Le pourcentage de cas où une période minimale de trois mois calendriers complets entre la première consultation du patient avec un chirurgien bariatrique et l'intervention bariatrique proprement dite n'est pas respecté diminuait déjà de 51% en 2018 à 37% en 2023. Après la publication de l'indicateur en 2023, on observe en 2024 que le pourcentage de patients ne bénéficiant pas d'un délai de minimum 3 mois de réflexion avant l'intervention bariatrique atteint 14%.

Les variations observées entre les médecins et les hôpitaux indiquent que la région dans laquelle le médecin exerce ou l'accréditation jouent un rôle. Ces différences doivent être interprétées avec la prudence qui s'impose, compte tenu de la petite taille et l'hétérogénéité de la taille des groupes.

Les changements décrits coïncident avec la mise en place de l'indicateur, la campagne de sensibilisation qui l'a accompagnée et l'envoi de feedbacks individuels aux chirurgiens bariatriques. Cela laisse supposer que ces mesures ont contribué à un changement dans la pratique clinique et que les médecins ont effectivement adapté leur pratique pour se conformer à l'indicateur. Ces analyses descriptives ne permettent toutefois pas d'établir un lien de causalité entre ces mesures et les changements observés. D'autres facteurs peuvent avoir joué un rôle à cet égard : l'évolution des connaissances scientifiques et une stratégie thérapeutique modifiée avec l'introduction de nouveaux traitements médicamenteux (les analogues du GLP-1) et l'information des patients. L'interprétation des résultats doit donc également tenir compte de ce contexte multifactoriel.

Il convient également de tenir compte de certaines limites méthodologiques. Les données de facturation fournissent des informations sur les interventions bariatriques remboursées, mais elles ne permettent pas d'évaluer l'indication de ces interventions, ni l'éventuelle influence des conseils médicaux, nutritionnels et psychologiques. Elles ne permettent pas non plus de savoir si le motif de la consultation avec le chirurgien concerne bien la future intervention bariatrique. En outre, certaines étapes du parcours préopératoire ne sont pas visibles dans les données de facturation. Ainsi, certains centres organisent des séances d'information de groupe non facturées qui peuvent constituer une première étape de la préparation du patient. Bien qu'elles ne remplacent pas l'évaluation individuelle et l'information délivrée par le chirurgien avant l'intervention, elles participent tout de même à une prise en charge multidisciplinaire de qualité et peuvent débiter plusieurs mois avant la première consultation enregistrée dans les données de facturation.

Les analyses présentées ici sont principalement descriptives. Elles visent à fournir une interprétation synthétique et comparative sans qu'il soit possible d'en tirer des conclusions quant à la qualité des soins prodigués. L'intérêt de cet indicateur réside principalement dans la mise à disposition d'informations comparatives visant à soutenir une démarche d'amélioration continue.

5. CONCLUSION

Les données récentes relatives aux remboursements des interventions bariatriques indiquent une diminution progressive de leur nombre. La proportion d'interventions chez des patients sans consultation avec un chirurgien bariatrique plus de trois mois avant l'intervention diminue également de manière importante. En 2024, dans 14% des cas, le patient ne bénéficie pas d'un délai de minimum 3 mois de réflexion avant son intervention bariatrique.

Étant donné que les analyses sont principalement descriptives et que d'autres facteurs ont pu jouer un rôle, aucun lien de causalité ne peut cependant être établi entre l'évolution positive observée et l'introduction de l'indicateur suivie par l'envoi de feedbacks individuels.