

CHIRURGIE BARIATRIQUE

L'amélioration du suivi des personnes opérées passe par l'intégration du médecin généraliste au cœur d'un parcours de soins mieux coordonné

Professeurs Claude JAFFIOL*, Jacques BRINGER*, Catherine BUFFET**

Au nom de la Commission XI

(Appareil digestif – Alimentation – Nutrition – Maladies métaboliques)

RÉSUMÉ

Le nombre de patients ayant bénéficié, en France, d'une intervention de chirurgie bariatrique a été multiplié par trois entre 2006 et 2014, passant de 15 000 à 45 000 par an. Mais, cet engouement ne doit pas faire oublier que plus de la moitié de ces patients sont perdus de vue, au risque de graves complications post-opératoires et au prix de séquelles souvent sous-estimées. Devant l'ampleur et l'urgence de ce problème émergent de santé publique, l'Académie nationale de médecine a pris le parti d'une démarche pragmatique à même d'apporter des pistes concrètes de solution. Il est apparu que le suivi de ces patients ne pouvait pas être assuré sans augmenter le nombre de professionnels de santé impliqués dans leur parcours de soins. Les médecins généralistes, du fait de leur nombre, leur répartition sur le territoire, et leur proximité des patients, pourraient-ils participer à ce suivi ? Sous quelles conditions peut-on valider cette hypothèse ? Qu'en pensent les autres professionnels de santé impliqués, notamment les chirurgiens bariatriques, et les patients eux-mêmes ? A partir de sondages sur le terrain, il a été possible de montrer que l'amélioration du suivi est directement liée à la qualité des relations interprofessionnelles, avec des collaborations mieux établies au sein du parcours de soins. En outre, du fait de sa nouveauté, cette pratique n'est pas encore évaluée avec le recul nécessaire ni complètement réglementée. C'est pourquoi, les sociétés savantes concernées, réunies sous l'égide de l'Académie, ont formulé de nouvelles recommandations à l'intention des autorités sanitaires tout en s'engageant à mettre en œuvre une procédure collective pour mobiliser les médecins généralistes et lancer une expérimentation afin de valider ces recommandations.

* **ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE / membres titulaires** : Prs Jacques BRINGER, président de la Commission XI ; Claude GIUDICELLI, Claude JAFFIOL, président ; Jean-Paul LAPLACE - **membres correspondants** : Catherine BUFFET, Claude CHOISY - **chargée de la communication** : Nicole PRIOLLAUD - **SOCIETE FRANÇAISE ET FRANCOPHONE DE CHIRURGIE DE L'OBESITE ET DES MALADIES METABOLIQUES (SOFFCO-MM)** : Pr Jean-Marc CHEVALLIER (*HEGP- Paris*) - **COLLEGE NATIONAL DES GENERALISTES ENSEIGNANTS (CNGE) et COLLEGE DE LA MEDECINE GENERALE (CMG)** : Pr Claude ATTALI (*CNGE*) - **FEDERATION FRANÇAISE DE NUTRITION (FFN)** Pr Jacques DELARUE (*Chef du Département de Nutrition du CHRU de Brest*) et Dr Muriel COUPAYE (*CIO CINFO, CHU Louis Mourier – Colombes*) – **ASSOCIATION POUR LA PREVENTION DU RISQUE CARDIOMETABOLIQUE (APRC)** : M. Claude VINCENT- **NUTRITION ET DE BIOCHIMIE - UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I** : Pr Ambroise MARTIN – **CNAM** : Dr Annie FOUARD (Responsable Département de

Le nombre de patients ayant bénéficié, en France, d'une intervention de chirurgie bariatrique a été multiplié par trois entre 2006 et 2014, passant de 15 000 à 45 000 par an [CnamTS 2016, 1]. Cette tendance risque de s'accroître avec de nouvelles indications, telles le diabète, pour lesquelles la décision opératoire ne dépendra plus seulement du poids mais de l'importance du déséquilibre métabolique et de ses conséquences. (Annexe 1)

Les techniques chirurgicales ont évolué au cours du temps : l'anneau gastrique ajustable, qui était l'intervention la plus couramment pratiquée en 2006 ne représentait plus que 9 % des interventions en 2014 ; actuellement, la gastrectomie longitudinale (sleeve gastrectomy) est deux fois plus pratiquée que les « bypass » (court-circuit gastrique ou intestinal) avec 61 % des interventions. 98 % des interventions sont faites par laparoscopie. (Annexe 1). « Ces évolutions sont d'autant plus importantes concernant le suivi des patients que la sleeve, demande objectivement moins de suivi (examens biologiques, supplémentation) après la première année post-opératoire, ce qui devrait simplifier sa gestion par les médecins généralistes. Ces évolutions s'accompagnent en outre d'une tendance à l'homogénéité des pratiques, les régions à forte prévalence d'anneaux gastriques "rentrant dans le rang" en quelque sorte, même s'il reste des partisans inconditionnels du bypass » (Jérôme Dargent, président de la SOFFCO-MM, message à l'intention du groupe de travail/29.05.2017)

Quelle que soit la technique utilisée, des complications (Annexe 2) peuvent survenir en post-opératoire, et de graves séquelles, en particulier sous forme de carences multiples, peuvent apparaître à moyen et long terme. Or, malgré les multiples recommandations officielles, les patients sont **perdus de vue** au risque de subir de graves complications (Annexe 2). **Toutes les parties concernées dans le suivi de ces patients doivent donc prendre conscience de la nécessité de mettre en œuvre au plus vite une stratégie coordonnée et pérenne apte à leur assurer un parcours de soins de qualité et facilement accessible.**

A - UN CONSTAT ALARMANT

Une revue de la littérature montre que cette situation est largement connue, décrite – et déplorée ... mais sans réelle solution concrète.

Le suivi à moyen et long terme est très insuffisant malgré les recommandations officielles (Annexe 3)

Dans la plupart des pays le nombre de patients perdus de vue à moyen et long terme est important. L'étude suédoise SOS (Swedish Obese Subjects) [2] montre que le pourcentage de sujets régulièrement suivis est respectivement de 47,6 % et de 9 %, 10 et 15 ans après la chirurgie. Au Royaume Uni, dans une cohorte de 2079 opérés, seuls 43 % de patients sont encore revus à 2 ans et ce pourcentage chute à 8 % à 5 ans [3]. Aux Etats-Unis (Miami), sur plus de 3000 patients opérés, 56 %, 55 % et 28 % consultent respectivement à 6 mois, 1 an et 2 ans [4]. Dans les études portant sur le suivi à plus de 2 ans, seulement 0,4 % des publications (29 sur 7 371) mentionnent un suivi supérieur à 80 % des opérés [5].

En France, 5 ans après la chirurgie, la qualité du suivi peut être considérée comme satisfaisante chez seulement 12 % des patients. Malgré la création de 37 Centres spécialisés de l'obésité (CSO) [6] et établissements partenaires, la prise en charge des malades ayant une obésité sévère ou multi-complicquée reste insuffisante dans 38 % des cas : aucune ou une seule consultation avec le médecin généraliste, le chirurgien ou un médecin spécialiste ; aucune hospitalisation de jour ; pas de bilan sanguin et, en cas de bypass, pas de supplémentation spécifique [7]. Or, les patients perdent moins de poids lorsqu'ils ne se rendent pas aux consultations de contrôle ; surtout, ils encourent des risques de complications neurologiques (carence en vitamines B1 et B12 notamment) d'autant plus graves que ceux-ci sont insidieux car ils surviennent parfois plusieurs années après l'opération. L'éducation thérapeutique, qui permettrait d'informer les patients et

d'améliorer l'observance de manière significative, n'est pas suffisamment couverte par les centres de chirurgie bariatrique, faute d'organisation adaptée et de réponse de proximité.

Cette situation d'échec connaît quelques (rares) exceptions, comme les Pays-Bas, où la Caisse Nationale de l'assurance maladie (CNAM) a pu évaluer, lors d'un voyage d'étude, les conditions de réussite d'un suivi des patients opérés de l'obésité. La performance hollandaise est due, selon la CNAM, à plusieurs facteurs concomitants : sur 17 millions d'habitants, ce pays compte 2% d'obèses, 20 centres spécialisés pour 10 000 interventions bariatriques par an. Les frais, calculés et facturés en fonction du parcours de soins, sont pris en charge par le HCI (Health Care Insurance) à raison d'une cotisation de 150 € par an avec une franchise de 400 €. Le HCI et la DSMBS (Dutch Society for Metabolic Bariatric Surgery) fixent les règles : nombre d'interventions bariatriques par an, suivi obligatoire pendant 5 ans pris en charge par le HCI. Les DOC (Dutch Obesity Clinics) suivent 60% des patients (7 cliniques, 6 500 nouveaux cas par an). La prise en charge est globale et pluridisciplinaire à charge pour le médecin généraliste de piloter le processus d'un bout à l'autre : 1/ la préparation : elle est suffisamment longue pour assurer une réelle motivation, 2/ l'intervention 3/ le suivi intégrant le changement de mode de vie, 4/ la consolidation du traitement de l'obésité, 5/ le suivi à long terme reposant essentiellement sur l'ETP et la participation à des groupes de parole ... **En cas de non observance, le patient peut encourir une sanction financière...** (Annexe 4)

B - UNE REPOSE ACTUELLEMENT INSATISFAISANTE

Les recommandations concernant le suivi des patients opérés de l'obésité existent, mais, malgré leur diffusion, elles sont peu connues et mal appliquées, ce qui justifie les questions suivantes : Comment améliorer leur impact ? Comment assurer un suivi plus efficace ? Avec quels intervenants ? Dans quelles conditions afin de faciliter l'adhésion des patients au suivi ? (Annexes 3 et 5)

- **les chirurgiens** doivent prendre en charge les complications chirurgicales et le suivi à court terme des personnes qu'ils opèrent, mais leurs services ne peuvent assurer un suivi à long terme, en particulier répondre à l'exigence d'un soutien et d'une surveillance rapprochés de proximité.
- **les médecins des centres de référence de l'obésité (CSO)** doivent, en principe, assurer le suivi de ces patients, mais ils ne sont pas assez nombreux. Il en est de même **des médecins nutritionnistes**, pourtant plébiscités dans notre sondage par les patients. Les **diététiciens** et les **psychologues** ont un rôle important à jouer, mais leurs consultations ne sont pas remboursées. De plus, la disparité dans l'accessibilité à ces centres et les inégalités territoriales de densité en spécialistes de la nutrition ne permettent pas une prise en charge équitable de ces patients partout en France.
- **les médecins généralistes en exercice**, suffisamment nombreux et mieux répartis sur le territoire, peuvent donc contribuer à résoudre le problème de santé publique posé par l'insuffisance de suivi des patients obèses opérés. (*Atlas de la démographie médicale 2016 /CNOM*) Ce suivi s'inscrit dans leur mission, en particulier concernant la prise en charge des maladies chroniques, la mise en œuvre de l'éducation pour la santé et la nécessaire coordination des soins (*Code de la santé publique - article L.4130-1*) (*Rapport Druais 9 Mars 2015 « la place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé »*). Cependant, ils invoquent un manque de temps et une rémunération insuffisante dans la mesure où il s'agit selon eux de patients complexes et qu'ils ne s'estiment pas suffisamment formés à ce jour pour répondre à leurs questions.
- **Les infirmier(e)s** sont de plus en plus investis dans les parcours de soins grâce aux nouvelles délégations d'actes médicaux (prescription et suivi vitaminique), mais leurs consultations, en exercice libéral et en établissements privés, ne sont pas suffisamment valorisées dans le parcours de soins de ces patients.
- **Les diététicien(ne)s** manquent pour la plupart d'une formation spécifique ; surtout, ils ne bénéficient pas,

comme les infirmier(e)s, d'une délégation d'actes médicaux et donc d'une prise en charge par les assurances sociales.

Sous la présidence du Pr Claude Jaffiol, Président de l'Académie nationale de médecine, et en collaboration avec l'Association pour la Prévention du Risque Cardiométabolique (APRC), un groupe de travail ouvert et pluridisciplinaire a été créé à l'Académie nationale de médecine. Ce groupe a réuni les représentants désignés par les sociétés savantes impliquées dans le parcours de soins des patients opérés de l'obésité : la Société Française et Francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques (SOFFCO-MM), le Collège national de des Généralistes enseignants (CNGE) et le Collège de la médecine générale (CGE), la Fédération Française de Nutrition (FFN)

C - OBJECTIF DU GROUPE DE TRAVAIL :

L'objectif principal est de proposer des solutions réalistes pour faire face aux difficultés du suivi afin de limiter le nombre des « perdus de vue », en révisant le parcours de soins de ces patients grâce à une nouvelle stratégie fondée sur une définition précise des responsabilités de chaque soignant et une coordination des multiples intervenants auprès du patient.

Les patients opérés ont longtemps mal vécu leur obésité et les échecs des prises en charge antérieures ; ils peuvent se considérer comme guéris, souhaitent oublier leur état et refusent d'admettre qu'un suivi à vie est indispensable (8). Une information et un accompagnement régulier dans un parcours de soins facilité par le soutien de proximité peuvent favoriser leur adhésion à une surveillance et à une aide attentive et réactive. De ce fait, et **au nom du principe de respect d'équité dans l'accès à un suivi de proximité couvrant l'ensemble des territoires**, il apparaît que les médecins généralistes sont incontournables en raison de leur connaissance des patients et de leur environnement psycho-social dont chacun reconnaît le rôle essentiel dans le pronostic à long terme.

L'objectif a donc été d'évaluer l'utilité d'une plus grande implication des médecins généralistes dans le parcours de soins des patients obèses opérés à partir de « sondages » * auprès des chirurgiens, des patients, et des médecins généralistes eux-mêmes (Annexe 6).

Les données recueillies ont permis dans un premier temps d'évaluer concrètement le ressenti et la vision de chacun de ces groupes. Dans un deuxième temps, il a été possible, en croisant leurs réponses, de pointer divergences et pistes d'accord, ainsi que de préciser la contribution que chacun pense pouvoir apporter afin d'améliorer la situation actuelle.

** Il s'agit de simples « sondages », en aucun cas de véritables enquêtes, qui auraient nécessité des moyens dépassant les possibilités, notamment financières, du groupe de travail. Mais, ils ont été menés avec une rigueur méthodologique suffisante pour être validés par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)*

D – ANALYSE DES RESULTATS (Annexes 7, 8, 9)

Les médecins généralistes déplorent unanimement un manque de dialogue avec les chirurgiens, notamment pour la concertation pluridisciplinaire (RCP). Ils se disent rarement informés du programme personnalisé de soins, des conseils d'adaptation des traitements, des prescriptions diététiques, des données pratiques pour l'activité physique, de la conduite à tenir en cas d'urgence. 70 % disent recevoir effectivement le compte-rendu opératoire, mais ils souhaiteraient aussi disposer d'un numéro de téléphone d'urgence ou d'une adresse mail en cas de problème. Ils s'estiment surtout mal formés, et pas suffisamment rémunérés pour

assurer un suivi complexe et chronophage... *Mais, parmi ceux qui ont déjà suivi ces patients, près de la moitié (48%) considère que le suivi à long terme doit être coordonné de préférence par le médecin généraliste.*

Ce défaut de dialogue est confirmé par les chirurgiens bariatriques : 29 % seulement confient aux patients les recommandations de suivi pour le médecin généraliste, 14 % un programme personnalisé de soins et seulement 4 % une simple lettre. En cas d'urgence, 99% des chirurgiens conseillent aux malades d'appeler le centre où ils ont été opérés, ce qui peut se justifier effectivement pour ne pas perdre de temps... En ce qui concerne l'entretien préopératoire, ils considèrent qu'il doit être fait en collaboration avec le diététicien ou le médecin nutritionniste, et pour 19 % seulement par les médecins généralistes... Quant au suivi post-opératoire, *les deux tiers des chirurgiens « envisagent » une collaboration avec les généralistes, mais de préférence dans leur service, éventuellement en alternance, sans toutefois lui confier entièrement le suivi avant 12 mois après l'intervention.*

Les patients eux-mêmes ne semblent pas imaginer être suivis par leur médecin généraliste... immédiatement après l'intervention. En cas d'urgence, ils ne pensent pas à l'appeler, et ils souhaitent en majorité être suivis par un spécialiste de la nutrition à qui ils font deux fois plus confiance (61% contre 30 % au médecin généraliste). Selon eux, le médecin généraliste connaît mal l'opération et ses conséquences ; il manque de temps, et ne leur propose d'ailleurs de les suivre que dans 11% des cas... *En revanche, trois ans après l'intervention, c'est le médecin généraliste qui leur semble le mieux à même de les suivre dans le cadre d'une relation de confiance sur la base d'une écoute plus attentive, en particulier sur les questions psychologiques et sociales.*

EN CONCLUSION, chacun des trois groupes a ~~chaque~~ ^{chacun} une vision différente de la question, mis à part un accord unanime sur la nécessité d'obtenir des assurances sociales le remboursement de certaines prestations aujourd'hui non prises en charge (*vitamines et sels minéraux, consultations des diététiciens et des psychologues*). Toutefois, plus positivement, les sondages montrent aussi que l'amélioration du suivi des patients dépend d'abord d'une meilleure collaboration entre l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins, et qu'il passe en particulier par une coordination avec reconnaissance du rôle pilote du médecin généraliste à proximité du patient.

*

Sur la base du constat effectué par le groupe de travail, et en accord avec ses conclusions, le recours aux médecins généralistes s'impose pour améliorer, sur l'ensemble des territoires, la prise en charge des patients opérés de leur obésité.

L'engagement mutuel des sociétés savantes concernées à mettre en œuvre une procédure concertée collective ne peut que favoriser leur intégration d'un bout à l'autre du parcours de soins pré et post chirurgie bariatrique dans une volonté de collaboration effective à tous les niveaux (information, formation, pilotage...).

Mais, sur l'exemple des bons résultats obtenus aux Pays-Bas et en Suède, il faut aussi que les autorités sanitaires consentent à prendre les mesures indispensables à une mobilisation suffisante des médecins généralistes dans le contexte actuel des difficultés de leur pratique, notamment en termes de reconnaissance du temps exigé par la durée de la consultation de suivi et d'éducation de ces patients et de la valorisation tarifaire à prévoir en conséquence.

C'est pourquoi, l'Académie nationale de médecine recommande que :

1. LES PATIENTS SOIENT en priorité clairement et systématiquement informés avant l'intervention qu'il ne suffit pas de perdre du poids pour se croire guéri ; en effet, les conséquences d'une intervention bariatrique, justifient un suivi à vie. Pour éviter les inévitables carences liées à l'intervention, prévenir les complications éventuellement graves à court, moyen et long terme ainsi que l'apparition de comportements déviants et de mésusages (alcool, par exemple), il convient de personnaliser et de faciliter au mieux le parcours de soins et d'accompagner le patient, par des rappels automatiques de consultations, par exemple.

2. LES MEDECINS GENERALISTES*, qui bénéficient d'une connaissance des patients, en particulier sur le plan psychologique et environnemental, puissent mettre à profit pour piloter efficacement leur parcours de soins, sous réserve que (Annexe 10) :

- le patient soit pris en charge **bien avant l'intervention** et tout au long du suivi ;
- l'équipe chirurgicale prenne leur avis avant d'opérer leur patient, les informe systématiquement par courrier, les invite à participer aux RCP, par téléphone si nécessaire, et à collaborer aux programmes personnalisés de soins dans les sites bariatriques labellisés par la SOFFCO-MM ;
- la Haute Autorité de Santé (HAS) révisé en conséquence ses recommandations pour intégrer de façon effective la participation **des généralistes avant l'opération**, en amont du parcours de soins du patient opéré de leur obésité ;
- une formation concrète et spécifique leur permette, en tenant compte de leurs contraintes professionnelles spécifiques et de leurs besoins, de se familiariser avec ce suivi, **à partir de mises en situation et de cas pratiques (en présentiel ou en formation numérique à distance)**, comme le propose déjà la SOFFCO-MM avec des modules de formation validés et déclinés à l'échelon régional ;
- un accès facile aux moyens numériques les encourage à développer les relations interprofessionnelles (visioconférences, numérisation du parcours de soins...) et à optimiser l'observance des patients (télémédecine, rappels automatisés, cahier de suivi, puce sur carte vitale..) ;
- un forfait d'ETP leur soit assuré pour ce suivi, notamment dans les Maisons de Santé pluriprofessionnelles.

* **Sur la base du volontariat**, en concertation avec leurs sociétés savantes (CGE et CNGE), dans le cadre de la plateforme de consensus mise en œuvre avec les autres sociétés savantes concernées, sous l'égide de l'Académie nationale de médecine.

3. LES AUTORITES SANITAIRES (CNAM, HAS) prennent les mesures qui s'imposent pour ne pas laisser la chirurgie bariatrique se développer au détriment de la santé des patients en :

- veillant à ce que les RCP soient rigoureusement et réellement tenues dans le respect des pré-requis réglementaires avant toute intervention de chirurgie bariatrique ;
- facilitant l'accès aux données médicales des patients afin, d'une part, que les professionnels de santé en charge de ce suivi puissent mieux repérer les perdus de vue ; d'autre part, pour que l'engouement envers cette nouvelle chirurgie soit compensé par une vigilance épidémiologique ;

- *diffusant des guides* à l'intention à la fois des professionnels de santé et des patients ;
- *augmentant le nombre de CSO*, afin que le suivi y soit assuré dans les meilleures conditions pendant deux ans après l'opération, conjointement avec le médecin généraliste ;
- favorisant, lorsque cela est possible, le recours aux médecins nutritionnistes, qui doivent être présents dans le parcours de soins de ces patients, à la condition qu'ils soient dûment qualifiés et formés* et que leur nombre permette de répondre à l'accroissement des besoins sur l'ensemble des territoires, ce qui est loin d'être le cas ;
- sensibilisant et formant les pharmaciens d'officine afin qu'ils puissent repérer, informer, conseiller et orienter les personnes opérées en rupture de suivi médical ;
- *remboursant les dosages biologiques* nécessaires au suivi des patients opérés, les traitements de supplémentation en vitamines et minéraux, ainsi que les consultations des psychologues et des diététiciens spécifiquement formés.

**Le CNOM ne reconnaît actuellement pour la Nutrition que les Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC I) Non qualifiants (2 ans d'études). Le futur DES Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition qui ouvrira à la rentrée 2017 contribuera à renforcer le nombre et la formation de médecins exerçant la nutrition ayant notamment une expertise dans le domaine de l'obésité. .*

4. LES SOCIÉTÉS SAVANTES s'engagent à mettre en place dès que possible des expérimentations pilotes afin de valider la pertinence de ces recommandations (Annexe II)

RÉFÉRENCES

[1] Czernichow S, Paita M, Nocca D, Msika S, Basdevant A, Millat B et al. Current challenges in providing bariatric surgery in France. A nationwide study. [Medicine \(Baltimore\)](#). 2016 Dec; 95(49): e5314.

Je ne suis pas certaine que cette référence corresponde aux chiffres du haut de la page 1 CnamTS. Elle en est très proche. Cependant c'est 2013 au lieu de 2014 et c'est 41.648 au lieu de 45.000

Référence de J DARGENT : non trouvée

(il ne s'agit pas d'une référence mais d'une citation à partir du mail précisant l'accord de la SOFF-COM)

[2] [Sjöström L](#), [Narbro K](#), [Sjöström CD](#), [Karason K](#), [Larsson B](#), [Wedel H](#), et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. [N Engl J Med](#). 2007 ; 357:741-52.

[3] [Lalmohamed A](#), [de Vries F](#), [Bazelier MT](#), [Cooper A](#), [van Staa TP](#), [Cooper C](#), et al. Risk of fracture after bariatric surgery in the United Kingdom: population based, retrospective cohort study. [BMJ](#). 2012 Aug 3;345:e5085. doi: 10.1136/bmj.e5085.

[4] [Khorgami Z](#), [Arheart KL](#), [Zhang C](#), [Messiah SE](#), [de la Cruz-Muñoz N](#). Effect of ethnicity on weight loss after bariatric surgery. [Obes Surg](#). 2015;25:769-76.

[5] [Puziferri N](#), [Roshek TB](#), [Mayo HG](#), [Gallagher R](#), [Belle SH](#), [Livingston EH](#). Long-term follow-up after bariatric surgery: a systematic review. [JAMA](#). 2014 ; 312:934-42. 10.1001/jama.2014.10706.

[6] Centres spécialisés et intégrés et établissements partenaires pour la prise en charge de l'obésité sévère et pour l'organisation des filières de soins dans les régions. <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/obesite-severe-organisation-des-filieres-de-soin-pour-la-prise-en-charge>.

[7] Fagot-Campagna A (endocrinologue, épidémiologiste)*, Païta M (statisticien)*, Lesuffleur*T (statisticien)*, Théreaux J (chirurgien, Brest)*, Czernichow S (nutritioniste, Boulogne)†, Arnaud Basdevant A et al. CnamTS Groupe de travail du conseil scientifique de la CnamTS Le suivi médical cinq ans après chirurgie bariatrique, selon les données de l'Assurance maladie Congrès de Médecine Générale, Paris, 1^{er} avril 2016

[8] [Vidal P](#), [Ramón JM](#), [Goday A](#), [Parri A](#), [Crous X](#), [Trillo L](#), et al. Lack of adherence to follow-up visits after bariatric surgery: reasons and outcome. [Obes Surg](#). 2014;24:179-83