



HAL
open science

Quelles sont les motivations des chirurgiens bariatriques pouvant expliquer l'explosion de la chirurgie bariatrique en France ? Discussion autour des problématiques sous-jacentes

Fabien Mantilla

► To cite this version:

Fabien Mantilla. Quelles sont les motivations des chirurgiens bariatriques pouvant expliquer l'explosion de la chirurgie bariatrique en France ? Discussion autour des problématiques sous-jacentes. Ethique. 2019. dumas-02512263

HAL Id: dumas-02512263

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02512263>

Submitted on 30 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de master. Il est gratuitement et librement mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie à des fins pédagogiques et de recherche en vue d'améliorer le partage et la diffusion des savoirs.

Ce document est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur conformément aux conditions imposées par la licence et dans le respect des dispositions prévues par le Code de la propriété intellectuelle (CPI, L122-4).

Il est prévu notamment une obligation de référencement et de citation précise du document lorsqu'il est utilisé ou employé comme source. Toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite ou autre contravention au respect du droit d'auteur est susceptible d'entraîner des poursuites (CPI, L 335-2-L 335-10).



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

MEMBRE DE

U-PC
Université Sorbonne
Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2019

N° 2019M2REM08

MEMOIRE DE MASTER 2 DE RECHERCHE EN ETHIQUE

Présentée et soutenue publiquement le 18 juin 2019

Par

Fabien MANTILLA

Quelles sont les motivations des chirurgiens bariatriques pouvant expliquer l'explosion de la chirurgie bariatrique en France ? Discussion autour des problématiques sous-jacentes.

Dirigé par Alban Zarzavadjian le Bian

JURY

Mme le Professeur Marie-France MAMZER, PU-PH

Président

M. Marcel-Louis VIALARD, professeur associé

M. Bernard ENNUYER, chercheur HDR

Mme Caroline DESPRES, chercheuse

Mme Eva SEGURA, PhD ATER

M. Jean-Claude K. DUPONT, chercheur

Mme Charlotte NGO, MCU-PH

Quelles sont les motivations des chirurgiens bariatriques pouvant expliquer l'explosion de la chirurgie bariatrique en France ? Discussion autour des problématiques sous-jacentes.

Résumé :

Les progrès scientifiques et technologiques ont permis à la médecine, par le biais de la chirurgie bariatrique, de donner à l'obésité une dimension chirurgicale. La chirurgie bariatrique est dans un parcours réglé : une consultation préopératoire, une évaluation préopératoire multidisciplinaire, une consultation pour réviser l'indication chirurgicale et le type de geste opératoire, et un suivi postopératoire. Ce parcours est donc onéreux, ce qui ne représente toutefois pas une limite à l'essor de cette pratique en France. Par ce travail, nous nous demandons quelles sont les motivations des chirurgiens bariatriques qui réalisent ce type d'activité.

L'hypothèse principale est que traiter l'obésité n'est pas le motif premier amenant les chirurgiens bariatriques à s'intéresser à cette pratique. Deux méthodes différentes ont été utilisées entre janvier et avril 2019 pour répondre à la question de recherche. Une première méthode qualitative a consisté en des entretiens semi-directifs menés auprès de chirurgiens bariatriques français dans le secteur public et privé ; l'analyse des entretiens a été réalisée via la théorie ancrée. Une deuxième méthode quantitative a consisté en un questionnaire directif transmis par le biais de la SOFFCO.MM (société savante française de chirurgie bariatrique). La description et l'analyse statistique des questionnaires ont été faites grâce à Excel et RStudio respectivement.

Douze chirurgiens ont été rencontrés au cours d'entretiens et 78 ont répondu au questionnaire. Pouvoir repenser le sens de cette chirurgie, la diversification et valorisation de leur rôle, leur place centrale dans le parcours de soins, l'enjeu financier et leur adaptation au système de santé motivent les chirurgiens.

Ces motivations soulèvent des questions de justice, de liberté de choix, de normativité, d'autonomie, de paternalisme amenant à méditer quel type de pratique bariatrique doit faire face au « défi de l'obésité ».

Discipline :

[Science du vivant [q-bio] / Ethique.]

Mots clés :

[Autonomie / Chirurgie Bariatrique / Ethique / Justice sociale / Liberté de choix / Motivation / Normativité / Obésité / Valorisation]

What are the motivations of bariatric surgeons that could explain the expansion of bariatric surgery in France? A discussion.

Abstract:

Scientific progress and technological advances have given to medicine the right to treat obesity through bariatric surgery, giving to obesity a surgical value. Bariatric surgery entails a cumbersome process including: preoperative assessment, preoperative multi-disciplinary evaluation, surgical indication and surgical procedure decision-making, and postoperative follow-up. Nonetheless, this onerous path has not controlled the expansion of this type of surgery in France.

Our main hypothesis is that tackling the issue of obesity it is not the main motivation to pursue the bariatric surgery specialty. To evaluate this topic, between January and April 2019, we used two approaches: A qualitative method based on semi-structured interviews to French bariatric surgeons in public and private health services; where analysis was performed using the grounded theory and a quantitative method based on a survey to SOFFCO.MM. (French bariatric society); where analysis was performed using Excel and RStudio programs for descriptive and statistical analysis respectively.

Twelve surgeons were interviewed and 78 participated in the survey. Motivations about the meaning of surgery, role diversification and valorization, centralization in the healthcare circuit, financial issues and healthcare system adaptation were found.

These motivations bring to light the concepts of justice, freedom of choice, normativity, autonomy and paternalism that make us think about what type of bariatric surgery is facing the “obesity challenge”.

Keywords:

[Autonomy / Bariatric Surgery / Freedom of choice / Ethics / Motivation / Normativity / Paternalism / Obesity / Social Justice / Valorization]

*A mon père, tu m'as toujours soutenu inconditionnellement dans cette aventure.
Sans ta tranquillité le parcours ne serait pas si passionnant et les journées pleines
d'espoir.*

A ton amour de père.

*A ma sœur, à notre connaissance, moment où l'amour démontre qu'il ne se cache
pas dans les romans.*

A mon frère, à ton sourire qui est capable de bouleverser mes journées.

A Olga, à ta tendresse qui surpasse n'importe quelle limite.

A mon oncle William, à ta sérénité qui transforme mes matins gris.

A mes grands-parents maternels, à vos cœurs qui m'accueillent.

A mes grands-parents paternels, à votre esprit qui est mon chemin à suivre.

Je vous aime tous.

Pero nada se detiene.

Luna, Zoé.

Remerciements

A mon directeur de mémoire, Alban Zarzavadjian, qui même avec toutes ses responsabilités il a été disponible pour quelqu'un autre avec patience, bienveillance et constance.

A l'ensemble du laboratoire d'Ethique Médicale pour leurs réflexions qui m'ont permis de construire ce travail et de leurs retours et conseils qui m'ont procuré à mieux l'écrire. Pour un master qui a réussi à devenir un groupe et qui a montré que la diversité ne peut être que source de richesses.

A mon petit groupe de Colombiens qui a fait de Paris ma deuxième maison, créant des espaces de complicités indispensables pour ce voyage.

A Andrés Isaza et Hubert Johanet, qui m'ont invité à réfléchir la chirurgie digestive et bariatrique.

A Wacim, Lynda et Flore, merveilleux passants dont leurs rires et personnalités ont ravivé les miens.

Aux participants de ce mémoire, de votre disponibilité, originalité et confiance.

« Voir notre place dans la société de ce point de vue, c'est donc la voir *sub specie aeternitatis* ; c'est considérer la situation humaine de tous les points de vue, non seulement sociaux, mais encore temporel. »

Théorie de la Justice, John Rawls, 1971.

Table des matières

INTRODUCTION	8
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE	10
CHAPITRE 1 : L'OBESITE, SA NORMALISATION ET LA PLACE DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE DANS SA PRISE EN CHARGE.	10
<i>De l'obésité aux obésités.</i>	10
<i>Historique : de la chirurgie à la Chirurgie Bariatrique.</i>	13
<i>Situation actuelle de la Chirurgie Bariatrique en France.</i>	15
CHAPITRE 2 : PRESENTATION DES PROBLEMATIQUES SOUS-JACENTES A CETTE PRATIQUE.	16
<i>De l'ordre Médico-Scientifique.</i>	16
<i>De l'ordre Médico-Economique.</i>	18
<i>De l'ordre organisationnel et socio-culturel.</i>	18
DEUXIEME PARTIE : PROBLEMATIQUE	21
TROISIEME PARTIE : METHODOLOGIE	22
CHAPITRE 1 : MISE EN FORME DU CADRE THEORIQUE.	22
CHAPITRE 2 : ENTRETIENS AUX CHIRURGIENS BARIATRIQUE.	22
<i>Présentation générale.</i>	22
<i>Démarche suivie des entretiens.</i>	23
<i>Justification de la méthode.</i>	24
CHAPITRE 3 : QUESTIONNAIRE DIRIGE AUX CHIRURGIENS EXERÇANT EN FRANCE DE LA SOFFCO.MM.	25
<i>Présentation générale.</i>	25
<i>Démarche suivie pour le questionnaire.</i>	26
<i>Justification.</i>	28
CHAPITRE 5 : COMITE D'ETHIQUE ET DECLARATION DES DONNEES.	28
<i>Comité d'Ethique.</i>	28
<i>Délégué à la Protection des Données (DPO) de Paris Descartes.</i>	28
<i>Déclaration de liens d'intérêts.</i>	29
QUATRIEME PARTIE : RESULTATS	30
CHAPITRE 1 : RESULTATS DES ENTRETIENS AUX CHIRURGIENS BARIATRIQUE.	30
<i>Constitution de notre échantillon</i>	30
<i>La chirurgie bariatrique : sa formalisation dans un parcours de soin.</i>	30
<i>Les techniques chirurgicales en chirurgie bariatrique</i>	35
<i>L'obésité comme objet de recherche chirurgicale</i>	40
<i>Les preuves en chirurgie bariatrique</i>	42

<i>L'éducation chirurgicale</i>	45
<i>Le marché en santé</i>	48
<i>L'organisation du système de soin autour de l'obésité</i>	51
<i>Un parcours de soins malléable</i>	57
<i>Une obésité, deux obésités... Une chirurgie</i>	62
<i>Diagramme</i> :.....	67
CHAPITRE 2 : RESULTATS DU QUESTIONNAIRE DIRIGE A LA SOFFCO.MM.	68
<i>Partie descriptive des résultats</i> :.....	68
<i>Partie analytique des résultats</i> :.....	70
CINQUIEME PARTIE : DISCUSSION	82
CHAPITRE I : ANALYSE DE LA THEORIE PROPOSEE : « THEORIE DU CIRCUIT DE VOLUMETRIE »	82
CHAPITRE II : MODIFIER LEURS SENS DE LEUR PRATIQUE.....	84
CHAPITRE III : DIVERSIFIER LEURS ROLES DANS LA PRATIQUE.	86
CHAPITRE IV : PRESENTER DES RESULTATS CONCRETS.	88
CHAPITRE V : POSSIBILITE D'ADAPTATION PERMANENTE DU PARCOURS A L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS.....	90
CHAPITRE VI : LIMITES DE L'ETUDE.	92
CHAPITRE VII : QUESTIONS OUVERTES PROPOSEES.....	93
CONCLUSION	94
LISTE DES ABREVIATIONS	95
GLOSSAIRE	96
BIBLIOGRAPHIE	98
TABLE DES FIGURES	107
TABLE DES TABLEAUX	108
ANNEXES	I
CONTEXTUALISATION.....	I
GRILLE D'EVALUATION	I
FICHE D'INFORMATION DES ENTRETIENS.....	II
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES ENTRETIENS.	IV
QUESTIONNAIRE DIRIGE AUX PRATICIENS EXERÇANT EN FRANCE DE LA SOFFCO.MM.....	V
FICHE D'INFORMATION DU QUESTIONNAIRE DIRIGE AUX PRATICIENS DE LA SOFFCO.MM.	X
RESULTATS BRUTS DU QUESTIONNAIRE : PARTIE DESCRIPTIVE.	XIII
COMPARAISON DES RESULTATS DES NOTIONS DU QUESTIONNAIRE : PARTIE ANALYTIQUE.	XXII

Introduction

La chirurgie digestive est une discipline vue par certains comme un art, traitant une multitude de pathologies ayant en commun une localisation : l'impénétrabilité de l'abdomen. Avec l'expérience des maîtres et les progrès réalisés, les connaissances nécessaires à la pratique sont devenues encyclopédiques, engendrant la naissance de sous-spécialités d'organes : la chirurgie colorectale, la chirurgie hépato-bilio-pancréatique et la chirurgie œso-gastrique. Or, la prise en charge de l'obésité morbide a imposé la genèse d'une nouvelle spécialité : la chirurgie bariatrique.

La chirurgie bariatrique s'est construite comme une évidence en étant la meilleure prise en charge pour des patients souffrant d'obésité : des résultats « impossibles » à nier, des « récupérations » rapides, des gestes reproductibles et « peu » agressifs face à ceux d'autres activités chirurgicales et une activité dynamique pour le bloc opératoire. Ce discours que la chirurgie avait fait le sien semble cohérent et rodé. Jusqu'à la confrontation de la vision de certains patients obèses : s'opérer pas parce qu'ils se sentent malade, mais parce que l'obésité est une « malédiction » qui les éloigne d'eux-mêmes, des autres et de leurs projets de vie.

Nous voulons relever le défi de penser « l'obésité » au pluriel et de prendre du recul pour réfléchir au sens de la chirurgie bariatrique. Ce discours médical sur l'obésité et la chirurgie bariatrique s'est alors déconstruit : les représentations s'entrechoquaient entre chirurgien et patient, prises de décisions où la place du « rationnel » était en permanence remise en cause, conceptions d'autres spécialités relativisées constamment, gestes chirurgicaux automatiques qui banalisaient les risques, et patients qui passaient à la chaîne sur la table d'opération...

Les questions ont alors afflué. Le décalage entre la vision chirurgicale de l'obésité et celle du patient influence-telle le parcours de soins depuis la première consultation jusqu'à la dernière visite postopératoire ? De quelle manière ? Comment s'est légitimée la chirurgie bariatrique comme outil de prise en charge ? Avec quels arguments ? A quels prix (monétaires et symboliques) pour la société et l'individu ?

Pour répondre à ces questions nous voulons comprendre les motivations des chirurgiens bariatrique pour s'intéresser à cette pratique. En gardant cet objectif, nous développerons dans un premier temps les concepts « d'obésité » et de « chirurgie bariatrique ». En ayant compris ses formes et exposé ses enjeux, nous expliquerons dans un deuxième temps notre méthodologie : des entretiens semi-directifs

et un questionnaire directif exploratoire à la société savante de chirurgie bariatrique française, pour dévoiler les résultats. Enfin, on discutera les motivations rencontrées, les manières dont elle se structurent et s'articulent, et la façon dont elles représentent des questionnements éthiques.

Première partie : Contexte

Chapitre 1 : L'obésité, sa normativisation et la place de la chirurgie bariatrique dans sa prise en charge.

Dans un premier temps, nous souhaitons aborder la question de l'obésité. Une entité aux représentations multiples, qui au fil du temps semble de plus en plus acceptée par la société et institutions. Dans un deuxième temps, nous décrirons brièvement, la construction de la place de la chirurgie bariatrique dans le parcours de soins de l'obésité. Enfin, nous développerons quant aux enjeux qui découlent de cette pratique.

De l'obésité aux obésités.

L'obésité est un substantif féminin, d'origine latine (*obesitas*), caractérisant l'état d'une personne ayant un excès de matière grasse (plus qu'en embonpoint), résultante elle-même d'une accumulation du tissu adipeux (1–3). A première vue, la dimension de « volume » est l'unique objet d'évaluation sur lequel repose la définition d'obésité. Cette conception est contrecarrée dès lors qu'on garde à l'esprit l'appropriation de la société de cette notion d'obésité en la transformant en une diversité d'images qui évoquent la manière que chaque culture et subculture vit et partage un concept (4). Façon particulière de déconstruire l'obésité en la construisant comme des réalités individuelles. Elle se façonne comme véhicule des comportements individuels (des personnalités) et de la manière de penser du sujet (perception d'autrui) (5,6). Ce façonnement est dépendant du temps (l'époque, les modes, la vision de l'individu en fonction de son âge, etc.).

Prémices :

Dans l'Antiquité, le concept d'obésité est flou : sans contour ou définition précise. C'est un concept peu appréhendé, envahi d'idées sans fil conducteur précis : l'image athlétique des sculptures grecques peut nuancer l'approche de l'image corporelle de l'homme (p.ex. Hercule et le minotaure), elle-même différente de l'approche des femmes (p.ex. Vénus de Milo). Hippocrate est le premier à constater une relation entre déformité du corps et mort prématurée. Plus tard, Gallien pense l'obésité comme « *polysarkia* » : une rondeur extrême rendant la respiration difficile. Avicenne, faisant foi de l'école hippocratique, prodigue précocement un changement de l'hygiène de vie (physique et principalement spirituellement) pour des personnes dont la lourdeur limite les mouvements (7,8).

L'excès :

Au début du Moyen Age la santé est synonyme d'abondance dans l'ordre social de l'époque. Lourdeur qui se veut alors vivace et dont uniquement ses extrêmes sont témoins de monstruosités (5). Cette abondance est représentée dans les images : un moine et un roi avec des rondeurs particulières. Cette rondeur accorde un rôle individuel selon le genre : des femmes attirantes car voluptueuses symbolisant la fertilité, le chevalier est défini selon sa corpulence (allégorie de la force pour résister lors des batailles) demandant alors une alimentation sanguine (de l'humeur du sang) s'ils veulent rester forts (9). La forme n'est pas jugée, au contraire du comportement soumis au regard moral (le vice). L'obésité et la médecine sont liées par des arguments de comportement (5,10). Seules les castes aisées reçoivent un traitement (purges du comportement et saignées des humeurs) qui vise la vigueur (5,11). L'esthétisme n'est pas encore sujet.

Le début des nuances :

La Renaissance change cette vision. Cette nouvelle ère donne plus d'importance à la vivacité, rigueur du travail et à l'intelligence. L'obésité représente ses antonymes : lenteur, paresse, bêtise (5). C'est une rhétorique utilisée par Rabelais chez Gargantua ou de Cervantes avec Sancho Panza pour dénoncer l'époque précédente qui se situait dans les extrêmes (5).

La médecine, toutefois, commence à entrevoir dans le mouvement une solution à l'obésité et devient actrice des signes de stigmatisation, comme les cas décrits par le chirurgien Ambroise Paré d'après l'historien G. Vigarello (5). L'époque est marquée par le développement des savoirs qui éloignent la médecine des connaissances populaires (p.ex. *Observationes medicinae* de Thomas Sydenham), des savoirs étant ultérieurement instrumentalisés pour encadrer des habitudes (5,12). Mais aucune limite spécifique n'est donnée pour l'obésité jusqu'à 1648 avec la première mesure d'un cas « monstrueux » par Thomas Bartholin ; c'est l'initiation à la reconnaissance de l'obésité par des chiffres comme le propose Vigarello (5). L'esthétisme est limité au visage.

Le début de l'approche positiviste :

Les Lumières, époque homocentrique, donne plus d'importance aux formes et ses variétés. La silhouette attire les regards et engendre des représentations. L'obésité est centrée sur de nouvelles problématiques comme l'infertilité et l'impuissance, elle devient alors un manque de vitalité. L'être humain commence à être pensé comme un ensemble de fonctions (5). Ultérieurement, elle est définie pour la première fois comme maladie dans le dictionnaire d'Antoine Furetière (1701), et est abordée

dans l'Encyclopédie de Diderot en proposant des causes et des traitements, selon le travail de Vigarello (5,13,14).

L'arrivée de la « mode » change le regard du visage au corps entier principalement chez les femmes ; l'objectif est la notoriété (5).

La norme se construit autour du chiffre :

Le XIX^{ème} siècle marque le début de la mesure systématique des individus et tout ce qui l'entoure, phénomène lié à une augmentation de l'espérance de vie et des nouvelles organisations sociales. C'est l'arrivée technologique de la « balance » qui provoque une débâcle : la description de « l'homme moyen » d'Adolphe Quételet avec l'instauration des grilles de rapport poids/taille selon le sexe, ayant des objectifs démographiques et statistiques qui sont utilisées ultérieurement par l'administration et les industriels ; les références au poids gagnent de la place dans l'espace public permettant de distinguer des « classes de personnes » (5,6,8,15–17). La mesure de l'Indice de Masse Corporelle (IMC), inspirée des grilles de Quételet, devient standardisée. La médecine se nourrit de ce phénomène, comme de chimie organique (p.ex. des théories de Liebig) , d'anatomie et la physiologie (inspirées de Claude Bouchard) pour développer différentes obésités : la relation « alimentation- combustion- respiration » se développe permettant de donner pied à l'hypothèse de l'exercice physique et de la restriction calorique, ainsi que le rôle hormonal (décrit par William Ord) sur certaines obésités, comme étudié par Vigarello (5). Les premières thérapies d'intention diététique d'ordre médicale sont données (5,18). Pour la première fois, la souffrance physique et mentale est décrite à la première personne, l'obésité devient un intérêt pour les psychologues (5,19).

Esthétiquement et selon le sexe, il reste une ambivalence : chez les hommes c'est la respectabilité du bourgeois, chez les femmes c'est de l'inactivité (5). S'annonçant antinomique, la culture des vacances expose le corps féminin le rendant plus fréquemment disponible dans l'espace public (5,20). Ce même espace se voit envahi de publicités pour l'amaigrissement (p.ex. thermalisme) (5).

Les établis hors-norme :

Au XX^{ème} siècle, les connaissances médicales et la diversification des loisirs jouent un rôle important dans la transformation de l'obésité. Les consultations médicales et les différentes thérapies se diversifient. Le monde du travail demande des personnes performantes, l'obésité et sa mortalité (relation établie par les assureurs) deviennent une barrière pour ce monde dit productif (5,8,21). C'est l'infiltration du comportement sur la réussite d'après Vigarello « *mieux travailler sur soi pour mieux progresser dans la vie* », réduisant les personnes obèses à une culture de la défaite: leurs traitements,

leurs travaux, etc. échouent, et là s'acharne une force morale: une absence de volonté à réussir (5,22,23).

Dans l'actualité, ce rapport de « victimisation (autoportrait)/stigmatisation (portrait) » aboutit à l'association des personnes obèses aux objectifs très diverses (p.ex. Gras Politique ou Collectif National des Associations d'Obèses) (5,24). Les sciences et la médecine, à travers des institutions publiques comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), déclarent l'épidémie de l'obésité et on importance pour la santé publique en invitant à impliquer d'autres acteurs (p.ex. Industriels) dans la responsabilité et solution, médicalisant alors des politiques publiques (p.ex. Programme National Nutrition Santé (PNNS)) (8,25–29).

En conclusion, on perçoit que l'obésité est évaluée – par continuité définie - sous différents angles :

- Individuel : l'image corporelle (et psychique).
- Socio-culturel : l'image du corps (et psychique) d'un tiers.
- Economique : dynamique sur le marché du travail, la consommation de produits divers et de soins.
- Politique : comme objet d'action et de revendication de droits.
- Scientifique (médical, statistique, biologique, etc.) : maladie et facteur de risque (voir ann.)

Historique : de la chirurgie à la Chirurgie Bariatrique.

La chirurgie :

La chirurgie, du grec *kheir* qui veut dire main et *ergon* ouvrage, trouve historiquement avec difficulté sa place dans la médecine. Considérée comme un sacrilège du corps, dû à sa relation au sang, et sous l'influence religieuse, les grandes universités de médecine de Montpellier et de Bologne réduisent les chirurgiens à des laïcs, elles les bannissent des méthodes universitaires de l'époque (ordre du Parlement de Paris en 1660). Les anciens barbiers limitent son enseignement à une tradition orale soutenu par une relation « compagnon-maître » (30,31).

Deux contextes particuliers permettent une transition de l'enseignement et la reconnaissance de l'activité chirurgicale (p.ex. création en 1743 de l'Académie Royale de Chirurgie) : les guerres (limitant le nombre de morts) et les traitements donnés aux maladies articulaires et aux rectums des rois (p.ex. Charles-François Félix de Tassy traite une fistule anale du roi Louis XIV) (30,31).

La chirurgie gastrique :

L'ancêtre de la chirurgie bariatrique est la chirurgie gastrique. Elle permet le développement des techniques chirurgicales pour la prise en charge de pathologies assez spécifiques : l'ulcère, le reflux gastrique et le cancer gastrique. Il s'agit de chirurgies complexes : un abord anatomique assez vaste et contraignant, des délais de récupération importants, les complications sont parfois fatales, fréquentes et les conséquences chroniques sont lourdes à traiter et à endurer (32).

La structuration de la chirurgie bariatrique :

La chirurgie bariatrique ou de l'obésité est née aux Etats-Unis (Minneapolis) après la deuxième Guerre Mondiale. Elle est associée à la transition démographique et à la croissance économique. Un contexte qui change les dynamiques épidémiologiques des maladies ; on commence à parler des maladies chroniques (33).

La chirurgie bariatrique, faite initialement par des chirurgiens généraux, vise à modifier le circuit de l'intestin grêle, faisant un court-circuit entre les anses : les résultats pondéraux sont intéressants mais les chirurgiens ne sont pas préparés pour les complications chirurgicales et carencielles. De ce biais, Edward Masson chirurgien gastrique nord-américain essaye de répondre à la question – sous l'argumentation de la « chirurgie expérimentale » - en s'investissent dans un autre organe : l'estomac avec le principe de la chirurgie du cancer et d'ulcère (dite technique de Billroth). Un organe qui reste très complexe à aborder du point de vue manuel et visuel, surtout s'il y a un excès de tissu adipeux. Il nuance, en tout cas, les principes de la gastroplastie en 1967, avec le court-circuit à travers l'estomac. Il énonce deux principes clés : un principe restrictif (diminution de la quantité possible à absorber) et un principe malabsorptif (diminution de la qualité de ce qui peut être absorbé). Nicola Scopinaro, chirurgien italien, s'appuie sur le principe malabsorptif et emprunte la technique décrite par César Roux au XIXème du court-circuit du grêle pour améliorer les résultats et limiter les complications : il confectionne deux anastomoses (entre l'intestin et l'estomac et entre des portions de l'intestin grêle), ce sont les bases du by-pass gastrique. Un autre chirurgien d'origine polonaise, Lubomir Kuzmak, a l'idée de restreindre le diamètre de l'union œso-gastrique, c'est le devenir de l'anneau gastrique ajustable. Jusqu'à aujourd'hui, de nombreuses modifications de ces techniques sont décrites (p.ex. by-pass en oméga ou mini by-pass, anastomose duodéno-iléale avec gastroplastie dite SADI, etc.) sans qu'elles soient officiellement reconnues comme utiles (32).

Toutefois, ces interventions restent lourdes, longues et morbides pour le patient jusqu'à l'arrivée de la chirurgie abdominale par voie endoscopique, dite coelioscopique, en 1987 à Lyon par Philippe Mouret : un changement de l'exposition visuelle, de la manipulation des organes et de l'impact sur le

patient sont les arguments principaux permettant à la chirurgie bariatrique de connaître son essor. La faisabilité, la reproductibilité, et la sécurité des gestes sont considérées comme assurées (32).

Situation actuelle de la Chirurgie Bariatrique en France.

La chirurgie bariatrique est une spécialité de la chirurgie viscérale qui est assimilée au traitement de l'obésité, le dernier outil de recours de cette prise en charge, remboursée par la sécurité sociale (34,35). D'autre part, la prise en charge doit se faire idéalement dans un Centre Spécialisé d'Obésité (CSO) qui garantit une prise en charge multidisciplinaire avant, durant et après la chirurgie, en limitant la mortalité périopératoire et le taux de complications avec une équipe composée de différentes spécialités (chirurgien, diététicienne, anesthésiste, endocrinologue/nutritionniste/interniste, et un psychiatre ou un psychologue). Même équipe qui constitue la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et doit prendre la décision d'intervention à « l'issue d'une discussion et d'une concertation »(8,36,37).

Actuellement, l'obésité est prise en charge par la chirurgie bariatrique en fonction des critères suivants, définis par la Haute Autorité de Santé du 2009 (36) :

- Indice de Masse Corporelle (IMC) supérieur ou égal à 40 kg/m² ou un excès de plus de 40kg de poids par rapport au poids initial.
- IMC supérieur ou égal à 35kg/m² avec des comorbidités liées à l'obésité et dont l'intervention chirurgicale est susceptible de les améliorer (hypertension artérielle, syndrome d'apnée du sommeil, désordres métaboliques sévères -particulièrement le diabète type 2 -, des maladies ostéoarticulaires et métaboliques du foie) devant être étudiées par l'équipe pluridisciplinaire.

Toute prise en charge chirurgicale doit avoir un accord préalable qui permet de respecter les indications ainsi que la présentation des dossiers en RCP assurant une prise en charge multidisciplinaire (36). Cette équipe, en plus des indications chirurgicales, évalue le dossier du patient sous différents aspects : essais antérieurs de perte de poids sans résultats (sous traitement médical, nutritionnel ou diététique) pendant une durée de 6 à 12 mois, vérification que les comorbidités soient effectivement liées à l'obésité (par un rhumatologue, pneumologue, etc.), compréhension du patient de l'information de la prise en charge chirurgicale et de l'intérêt du suivi et définir un risque opératoire « acceptable » (36).

Les techniques chirurgicales qui sont recommandées par les instances sont (36):

- Restrictives :
 - o Sleeve gastrectomy ou gastrectomie longitudinale (SG).

- L'anneau gastrique (AG).
- Malabsorption intestinale :
 - By pass gastrique (BPG).
 - La dérivation bilio-pancréatique (DPB).

Actuellement, le geste le plus réalisé est la sleeve gastrectomy dans 6/10 des gestes, le by-pass gastrique dans 3/10 gestes et l'anneau gastrique dans 1/10 gestes chirurgicaux (38). Son recours est de plus en plus important (en moyenne 50.000 gestes par an), devenant un facteur qui peut augmenter la sinistralité des actes, principalement celui de la responsabilité sans faute, encadrée par la loi dite Kouchner (loi du droit des malade 4 mars 2002) (39,40).

Aux chirurgiens bariatriques, il est proposé de faire un diplôme inter-universitaire (DIU) après avoir finalisé les études en médecine et la formation en chirurgie, afin d'exercer cette discipline, s'ils souhaitent soutenir activement la société savante française, la Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques (SOFFCO.MM.). Ils peuvent se regrouper aussi dans une Fédération Internationale pour la Chirurgie Bariatrique (IFSO, acronyme en anglais) qui a créé les indications chirurgicales dont s'inspire aujourd'hui la HAS.

Chapitre 2 : présentation des problématiques sous-jacentes à cette pratique.

De l'ordre Médico-Scientifique.

Le discours de l'obésité comme maladie :

L'obésité est définie par la médecine comme une maladie qui a différentes causes (hormonales, surconsommation, troubles alimentaires, etc.) et qui a des complications dans tous les systèmes physiologiques. Donc, différentes spécialités (endocrinologie/nutrition, psychologie, chirurgie, etc.) essayent d'encadrer la prise en charge selon leurs propres connaissances. Le rapport de causalité entre un organe et l'obésité n'est pas défini au jour d'aujourd'hui (p.ex. troubles comportementaux vs trouble inflammatoire du tissu adipeux) (6,8). Ce qui permet une remise en question permanente des rapports de force selon l'efficacité des traitements et l'importance de chaque spécialité dans la prise en charge de cette maladie, se traduisant par une échelle thérapeutique (8,36) :

1. Mesures comportementales et diététiques.
2. Traitements médicamenteux (la France ne valide pas ce type de traitements) (25,41).
3. Traitements Chirurgicaux.

Par ailleurs, la chirurgie bariatrique est proposée comme fonctionnelle¹ sous un bémol : l'organe modifié ou enlevé n'est pas dans un état pathologique à différence par exemple de la chirurgie du genou (8,32,42).

La question des preuves :

Dans ce domaine, la justification de l'acte repose sur les preuves scientifiques. Sous cet angle, diverses problématiques inhérentes à la pratique chirurgicale apparaissent :

- La quantité d'études avec un degré de preuves élevé, tel que déterminé par l'école de médecine d'Oxford, est faible et les risques peuvent être sous-estimés, en surestimant la sûreté des gestes chirurgicaux sous l'aléa du développement technologique dit « moins invasif » (32,43,44).

Via cette logique, on peut remettre en question la validation de cette prise en charge sous différents aspects (technique, suivi, complications, etc.). Des preuves qui donnent comme argument principal pour pratiquer cette chirurgie la diminution de la « morbi-mortalité » : diminution des probabilités de décès prématuré à cause des complications de l'obésité et diminution des complications et contraintes à moyen-long terme de l'obésité (p.ex. prise de médicaments antidiabétique) (36,45,46).

- Les études ayant une méthodologie qui garantit qu'ils soient de bonne qualité (selon les recommandations CONSORT ou IDEAL) sont rares et leurs méthodes ont une variabilité entre études et dans les études importante (43,47,48).

On peut, en gardant à l'esprit le point de vue du praticien, se demander alors quelle serait le meilleur geste à faire : tel que démontré par une étude avec des résultats bons et transparents. Sous quels arguments le professionnel propose une et non autre technique, et, par continuité, qui a un impact sur la prise de décision du patient.

- Le nombre d'études comparant des types d'interventions entre elles est limité. Les études opposent essentiellement des groupes « opérés » au groupe « non-opérés ». A cause de la diversité des méthodes, extrapoler les résultats pourrait ne pas constituer un résultat factuel (43).

On se trouve face à l'incertitude de la technique à proposer pour assurer les meilleurs résultats et de moindres complications, sachant que chaque intervention expose à des complications très différentes et des contraintes particulières dans le parcours de soins. Une nouvelle question émerge sur quel type de technique chirurgicale proposer pour un patient spécifique. Un argument pouvant être mobilisé pour expliquer la préférence de la France pour une certaine technique (sleeve gastrectomie),

¹ Chirurgie fonctionnelle : est toute chirurgie qui a pour objectif corriger un état *physique* qui dégrade avec le temps aboutissant dans une gêne croissante (Ministère des Solidarités et de la Santé, 18.08.10).

technique différente d'autres pays d'Europe comme la Suède, l'Allemagne et le Danemark (by-pass gastrique) (49)...

De l'ordre Médico-Economique.

Une question de choix :

D'autre part, cette chirurgie et sa part prépondérante d'activité dans le secteur privé (66%), est marquée par une différence d'efficacité et d'égalité du service rendu au patient entre secteurs et entre établissements de soins (40,50). Antinomiques lorsqu'on pense aux chirurgiens comme des individus ayant une base théorique similaire.

Globalement, sans vouloir être exhaustif, les analyses médico-économiques montrent que, grâce au concept du ratio coût efficacité (de l'anglais, ICER), les coûts des soins des personnes opérées face à ceux qui ne sont pas opérés augmentent principalement à court terme (dans les premiers cinq ans en moyenne de 20.000 £ par personne), avec une diminution conséquente des différences des coûts entre les prises en charge (moyenne de différence de 1.000 £) à long terme (≥ 10 ans). La diminution des coûts provient principalement de la résolution des comorbidités (principalement le diabète) dans le groupe des opérés (44,51). Les années de vie pondérées par la qualité (de l'anglais QALY) sont aussi en faveur d'une intervention avec une différence entre les types d'intervention (opéré vs non opéré) d'une moyenne de 2 QALY en faveur de la chirurgie (51–53).

Certes, ce sont des analyses économiques, à savoir qu'elles restent dans des modèles théoriques d'étude sous l'incertitude réelle. Les explications quant aux différences de répartitions d'allocations des ressources, entre des chirurgies vitales (cancer) et des chirurgies dites fonctionnelles, et le coût nous échappent encore, en dépit de ces résultats (38,54). On propose rarement des interventions chirurgicales face à des actions de prévention à long terme dont les bénéfices économiques peuvent être plus importants (25,55). Parallèlement, ces analyses ne parlent pas de l'impact en terme de coûts, d'utilité ou d'efficacité en cas de recours secondaire à la chirurgie esthétique (40% des cas) (56).

Par ailleurs, les méthodes de ces études restent hétérogènes, avec les choix de sélection d'analyse ne correspondent pas toujours à ceux de la pratique française (p.ex. opérer systématiquement les personnes avec un BMI < 35 kg/m²) ou avec des hypothèses fortes (p.ex. que toutes les personnes obèses ont un diabète).

Ce sont des informations précieuses, mais qui ne devraient pas être prises au premier degré.

De l'ordre organisationnel et socio-culturel.

Confrontation entre culture médicale et politique des instances :

Différentes institutions étatiques, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), la HAS, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et la Cour des Comptes soulignent différents faits (36,37,50):

- Les dossiers des patients ne sont pas toujours complets (3/10 cas opérés), ce qui ne facilite pas un retour de la qualité du service rendu et le suivi de l'application des indications. L'inter-variabilité des résultats entre les centres est importante.
Les indicateurs sont améliorés dans les CSO, mais cette chirurgie se pratique beaucoup hors de ces centres.
- Il existe une petite quantité de patients opérés qui sont hors-critères HAS même sous l'application de l'entente préalable.
- Presque 40% des patients opérés ne sont pas présentés dans une RCP complète.
- Aussi, 40% des décisions de prises en charge ne sont pas communiquées au médecin traitant.
- Il n'existe pas une relation entre le nombre de patients opérés et l'incidence ou prévalence de l'obésité dans les régions.
- Le suivi des patients est faible, en moyenne de 3/5 patients à deux ans et 2/10 à dix ans. Ce qui peut exposer les patients à des risques à long terme (maladies psychiatriques, cancer de l'œsophage, reprise de poids, déficiences nutritionnelles, etc.).
- A long terme, 7/10 dossiers n'ont pas de traçabilité.

Ceci représente une faille par rapport aux Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) dont l'utilisation est renforcée par la loi n°2009-879 du 21 juillet dite « Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire » (50).

Confrontation à la société :

C'est une chirurgie invitant à confronter l'obésité comme maladie mais aussi à l'image corporelle de soi. La manière de réfléchir à l'obésité comme sujet chirurgical est qu'elle peut être limitée au cours du temps, or le même corpus médical considère l'obésité comme une maladie chronique, un corpus que ne possède pas un profane pouvant penser se débarrasser de l'obésité après le geste chirurgical (8,28).

C'est une confrontation permanente de soi face à soi-même au sens narratif, comme le propose un auteur analysant les propos de Ricoeur, il s'agit d'un processus constant de « dénarrativisation » risquant de provoquer chez lui une dissociation sur le transit philosophique-psychanalyse (57).

Elle exerce une pression normative chez ces corps obèses qui souhaitent et semblent trouver (enfin) une solution, ce qui invite les autres corps obèses à reproduire ce comportement (58). Cette pression normative se fait de manière très inégale face aux sexe : 7/10 cas opérés sont des femmes sachant

qu'il n'existe pas un déséquilibre épidémiologique de l'impact de l'obésité par rapport au sexe à ce ratio-là (34,59,60). Les types d'indications et les preuves construites derrière chaque acte chirurgical (transformées en moyenne, taux, intervalle, etc.) permettent de réfléchir sur la place de la normalisation de certains comportements chirurgicaux : la recherche, le geste opératoire... Ils créent des espaces pour intégrer la norme ou comme le proposa Foucault : la norme devient un nouveau pouvoir qui englobe la loi, et qui régit les nouvelles interactions sociales (61,62).

Deuxième partie : Problématique

La France est classée quatrième dans le monde en volume d'activité de chirurgie bariatrique, après les Etats Unis, le Canada et le Brésil, se traduisant par une multiplication par trois du taux de recours lors de cette dernière décennie (moyenne 7/10.000 personnes sont opérés). Pour autant, la France n'est pas le quatrième pays au monde en termes d'incidence et de prévalence de l'obésité (40,63). D'une part, le taux de recours à la chirurgie est inégale en fonction des régions, et d'autre part il n'existe pas de corrélation entre ce taux de recours et le taux de prévalence corrigé de l'obésité en France (16,2% de croissance annuelle pour la chirurgie bariatrique et 5,9% pour l'obésité) ou dans des régions (34,38,50).

L'acte chirurgical n'est pas dépourvu ni de conséquences ni d'enjeux : c'est une prise en charge qui oblige à une certaine normativité préopératoire et postopératoire du patient, à une prise en charge chirurgicale dont les preuves restent hétérogènes et dont les complications postopératoires peuvent passer inaperçues en l'absence de suivi conforme. Elle oblige à une réflexion permanente du paradigme de l'obésité : ce qui oblige à une restructuration et adaptation du système de soins et des réseaux des professionnels de santé (50,64). Elle oblige à une confrontation de l'image de soi et implique un regard normatif de la société et l'individu sur l'obésité, c'est la tyrannie de la maigreur (5,6,23,42).

Elle fait partie de l'activité en chirurgie viscérale, qui représente 8% des dépenses en santé ; en cas de risques non mitigés au préalable l'enjeu financier est considérablement majoré, comme c'est le cas des chirurgies de recours (38,40).

Notre objectif principal est d'analyser et comprendre les motivations du chirurgien bariatrique le poussant à s'intéresser à la chirurgie bariatrique, et, par ce biais voir comment ils appréhendent les enjeux qui en découlent pour finalement identifier les défis éthiques sous-jacents actuels de la chirurgie bariatrique. Comme hypothèse principale nous proposons que cette pratique ne se fait pas uniquement pour traiter l'épidémie de l'obésité. Par conséquent, diverses motivations peuvent hypothétiquement expliquer l'essor de cette pratique : financières, académiques, de liberté d'exercice, de reconnaissance personnelle, etc. Des motivations qui peuvent choquer avec différentes conceptions comme l'autonomie, la liberté de choix, le paternalisme et le juste (65).

Ce travail ne cherche pas à remettre en cause l'utilité de la chirurgie bariatrique dans le parcours de soins ni d'étudier la pertinence (ou pas) des indications chirurgicales.

Troisième partie : Méthodologie

Chapitre 1 : Mise en forme du cadre théorique.

Une première recherche a été réalisée à l'aide de différents outils bibliographiques : Google Scholar, PubMed, MEDLINE, ScienceDirect, Cairn, HAL, Persee, JSTOR et la Bibliothèque Numérique de Droit de la Santé et d'Éthique Médicale (BNDS).

Cette revue de la littérature était non exhaustive et reproduite en trois langues : français, anglais et espagnol. A des fins de cohérence entre les différentes langues une homogénéisation des descripteurs a été obtenue grâce aux outils « Medical Subject Headings » (MeSH) de l'Inserm et « Descriptores en Ciencias de la Salud » (DeSC) de l'OMS.

Les descripteurs principaux étaient :

- i. Obésité.
- ii. Obésité morbide.
- iii. Chirurgie de l'obésité.
- iv. Chirurgie métabolique.
- v. Médecine de l'obésité.
- vi. Thérapie de l'obésité.
- vii. Image du corps.
- viii. Éthique.
- ix. Santé publique.
- x. Économie médicale.

Chapitre 2 : Entretiens aux chirurgiens bariatrique.

Présentation générale.

Une première méthode a été proposée afin d'étudier les motivations sous-jacentes du chirurgien dans la pratique de la chirurgie bariatrique. Il s'agissait d'un questionnaire semi-directif (en ann.) composé de 4 questions et de plusieurs sous-types de questions permettant de rediriger la thématique. Il a été construit grâce au contexte théorique expliqué préalablement, des corrections du directeur de ce mémoire et des retours de l'équipe académique du laboratoire. Les entretiens se sont tenus entre janvier et avril 2019.

Les praticiens ont été sélectionnés à partir de la liste publique (en ligne) des praticiens de la Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques (SOFFCO.MM) et par le biais du Professeur, Hubert Johanet. Un premier contact a été pris avec les praticiens par courrier électronique en envoyant une fiche d'information ([ann.](#)) expliquant l'objectif de l'étude, la méthode ainsi que les droits du participant. Un formulaire de consentement ([ann.](#)) a aussi été adressé pour signature en cas de réponse positive à la participation, signature recueillie lors de l'entretien, au décours d'une courte introduction menée par l'enquêteur.

L'entretien pouvait être fait en présentiel ou par téléphone selon le choix du praticien.

Les critères d'inclusion pour cette méthode étaient d'être un chirurgien spécialisé en chirurgie viscérale exerçant en France et ayant une partie de son activité dévolue à la chirurgie bariatrique, indépendamment de l'expérience, secteur ou du lieu de pratique.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone PHILIPS® DVT1110 pour ensuite être retranscrits avec l'application Word Microsoft Office® 2016 version 1812. Les retranscriptions essayaient de mettre en évidence le ton, les hésitations, les rires, etc. L'anonymisation a été assurée pendant la retranscription.

Pour chaque entretien une analyse rétrospective de contenu était réalisée grâce à l'application PowerPoint® version 1904.

Finalement, un diagramme de synthèse a été construit à travers l'application ClickCharts® version 3.06 pour simplifier la présentation des résultats qualitatifs et dévoiler leurs articulations.

Démarche suivie des entretiens.

Première étape : création de la grille d'entretien.

Ce questionnaire a été conçu pour analyser quatre axes :

1. Contexte académique et professionnel du chirurgien.

La première partie était construite afin d'analyser comment le praticien s'était orienté vers la chirurgie bariatrique. Ce contexte nous apportait des informations potentielles qui nourrissaient la compréhension du choix fait par le chirurgien.

2. Motivations sur sa pratique chirurgicale en chirurgie bariatrique.

Après avoir compris le contexte d'exercice, comprendre l'investissement dans cette pratique était par évidence l'objectif de ce mémoire. Donner libre cours au discours était le plus important dans cette

partie pour éviter au maximum que les représentations de l'interviewer influençaient celles de l'interviewé et vice-versa.

3. Son approche aux cadres théoriques résumés par la HAS ou d'autres institutions publiques (p.ex. IGAS).

Comprendre comment le praticien appréhendait des informations (pas nécessairement du savoir) et des normes construites par un tiers nous a semblé important pour individualiser le savoir individuel du savoir collectif, et par conséquent connaître comment il justifie sa manière de procéder.

4. Représentation de la chirurgie et son lien avec sa représentation de l'obésité.

En s'inspirant de l'approche des représentations collectives décrites par Durkheim, qui ne séparait pas la représentation personnelle (dite psychologique selon l'auteur) de sa dimension sociale (dite collective) (66), nous avons exploré l'influence de leurs représentations de la chirurgie bariatrique et de l'obésité sur leurs pratiques.

Deuxième étape : création de la grille d'analyse.

Elle a été créée à partir de plusieurs questions déterminant des catégories d'analyse pour comprendre le phénomène étudié (67):

1. Qu'exprime le praticien ? Comment le dit-il ?

La réalisation d'un résumé des différentes parties nous permettait alors d'essayer de nous « approprier » les propos *exprimés* par les praticiens. Pour cela il était important aussi d'appréhender la manière dont il voulait véhiculer ses idées.

2. Qu'est-ce que je comprends au travers de ce qu'il me dit ?

Passer à l'interprétation pour essayer de construire les propriétés : dévoiler ce qui est *dit*.

3. En quoi ce qui est dit est lié ?

C'est la création des catégories d'analyse et quels dénominateurs communs peuvent se former.

4. Comment ces catégories s'articulent (pas) ou s'entre choquent (pas) ?

Essayer de construire les relations des catégories dans un seul entretien. Cette démarche était répétée pour chacun des entretiens.

Troisième étape : création du diagramme de synthèse.

Finalement, réfléchir sur les catégories avancées, mettre en place une articulation entre les différentes résultantes des analyses et nous questionner sur la pertinence de sa représentativité de la globalité des entretiens.

Justification de la méthode.

Etant donné les différents axes de la contextualisation de ce sujet, il nous a semblé pertinent d'obtenir les données via cette méthodologie pour essayer de comprendre, dans un contexte plus global, la situation de chaque participant, et non pas de réduire les questions des entretiens aux possibles sources de motivations bibliographiques sur cette pratique chirurgicale ; ne pas se limiter à la « sensibilité théorique » (67).

D'autre part, à notre connaissance il n'existe pas de questionnaires semi-directifs validés pour connaître de façon consistante, complète et reproductible le ressenti et la représentation d'un praticien sur sa pratique.

Pour l'analyse des données, la méthode par théorisation ancrée (*grounded theory method*) a été utilisée, manière tel que proposée par Lejeune. Ce qui nous obligeait, dans un premier temps, à essayer de reproduire le vécu des participants et grâce à ce matériel empirique structurer une théorie qui vise la compréhension de leurs récits (67). Le processus utilisé pour déstructurer les entretiens a été celui de la micro-analyse permettant de déterminer des propriétés et ultérieurement de construire des catégories d'étude (67). Enfin, déboucher dans sur un schéma qui articule les relations de ces catégories(67).

Aucun échantillonnage préalable n'a été fait comme proposé par Lofland (68), ce qui entraînait une remise en question permanente de la grille d'entretien et nourrissait de nouveaux éléments les futurs entretiens, sans chercher à atteindre une saturation des données. Par ce biais, le premier entretien a été utilisé comme test pour étudier la pertinence des questions.

La triangulation des données n'a pas été faite, puisque notre objectif principal était de décrire de façon factuelle, à un moment donné, l'évolution potentielle des faits décrits et non pas de recenser la totalité des représentations possibles ce qui est théoriquement quasi-impossible (67). Il ne s'agissait pas de construire une vérité mais de décrire des faits (réalités). En nous basant sur ces résultats, nous proposerons des interprétations, expliquant le lien relationnel ou de causalité possible entre ces résultats, le contexte théorique et la dynamique de cette pratique.

Chapitre 3 : Questionnaire dirigé aux chirurgiens exerçant en France de la SOFFCO.MM.

Présentation générale.

Une deuxième méthode a été proposée pour connaître les profils des praticiens au sein de la SOFFCO.MM. Il s'agissait d'un questionnaire directif ([ann.](#)) composé de 21 questions fermées.

Ce questionnaire a été validé préalablement par le Bureau de la SOFFCO.MM. Il a été envoyé par mail à tous les praticiens attachés à cette société par le biais du secrétariat. Le questionnaire a été transmis grâce à l'application « Formulaire » de « Google Gmail[®] » qui assurait une anonymisation des courriels des participants. Avec le courrier de proposition de participation une fiche d'information a été aussi adjointe. Elle informait l'objectif de l'étude, la méthode ainsi que les droits du participant au cours de l'étude ([ann.](#)).

Les critères d'inclusion pour cette méthode étaient d'être un chirurgien adhérent de la SOFFCOM.MM. et d'exercer en France .

Le questionnaire a été analysé rétrospectivement à partir des réponses disponibles en ligne. Toute participation était anonyme et volontaire. Aucune donnée personnelle qui puisse permettre une identification n'a été demandée. Le questionnaire était disponible en ligne du 12 avril au 30 avril 2019. Une possibilité de relance par courriels a été formulée auprès du secrétariat de la société savante le 24 avril afin d'augmenter le taux de participation. Une réponse défavorable a été obtenue, prétextant la faible possibilité d'augmenter le taux de participation et les contraintes de chaque praticien à la participation.

Les résultats ont été traités par l'application Excel Microsoft Office[®] 2016 version 1903 pour assurer une description des résultats sous forme de tableaux et diagrammes permettant ainsi une analyse statistique. Toute relation possible entre les propriétés évaluées ont été analysées grâce au test statistique du Khi 2 grâce à l'outil statistique RStudio[®] version 1.1.456 ; test qui permet d'étudier les différences quantitatives des pourcentages (69).

Démarche suivie pour le questionnaire.

Première étape : création du questionnaire.

Le but de ce questionnaire était d'obtenir des données pouvant nous aider à caractériser la population spécifique de chirurgiens bariatrique sous différents axes :

1. Leurs parcours académiques.
2. Leurs parcours professionnels.
3. Leurs organisations professionnelles de la pratique en chirurgie bariatrique.
4. Leurs choix face aux techniques décrites en chirurgie bariatrique.

Ce questionnaire exploratoire ciblait principalement la description de cette société et la manière dont les adhérents de cette société articulaient leurs pratiques. Un travail d'évaluation a été fait auparavant avec deux professeurs et chirurgiens de cette société.

Deuxième étape : partie descriptive.

L'extraction des données brutes a été faite sous forme de tableaux et de diagrammes pour décrire les grands axes. Les données brutes pouvaient donc être présentés sous forme de pourcentages.

Troisième étape : partie analytique.

On a associé certaines notions via tableau de contingence (2x2, 3x3, etc.) à des fins d'analyse. Exemple ci-dessous :

<i>Table de contingence 2x2</i>	Type de technique A	Type de technique B	Sous totaux
Temps de pratique 1	a	b	m1
Temps de pratique 2	c	d	m2
Sous totaux	n1	n2	Total

a, b, c et d : effectifs observés.

Si une association pouvait être cohérente (cohérence logique) et pouvait nous aider à construire une discussion, l'analyse statistique des proportions de ces notions était menée grâce au test de Khi 2 sous un risque de première erreur de 5%. Ce calcul nécessitait de déterminer des effectifs théoriques (69).

Exemple ci-dessous :

<i>Table de contingence 2x2</i>	Type de technique A	Type de technique B	Sous totaux
Temps de pratique 1	a/Ca	b/Cb	m1
Temps de pratique 2	c/Cc	d/Cd	m2
Sous totaux	n1	n2	Total (T)

a, b, c et d : effectifs observés. ; Ca, Cb, Cc et Cd : effectifs théoriques.

L'effectif théorique est le résultat du produit des sous-totaux divisé par le total de l'échantillon. Un

exemple : $Ca = \frac{n1*m1}{T}$.

Grâce à ces deux types d'effectifs, on confrontait les observations obtenues de manière arithmétique

grâce au test statistique : $\sum \frac{x-Cx}{Cx}$.

A savoir que pour ce calcul tous les effectifs théoriques devaient être ≥ 5 , si non une correction devait être faite (correction de Yates) si les effectifs théoriques sont ≥ 3 ; en cas d'effectifs < 3 , aucune différence arithmétique ne pouvait être recherchée, sauf si un regroupement logique assurant les effectifs théoriques entre les options de réponses pouvait être fait (69). Néanmoins, ne pas avoir les

effectifs théoriques nécessaires n'était pas un argument pour ne pas discuter le croisement des données.

Notre règle de décision pour pouvoir déterminer arithmétiquement une différence était en relation avec le risque d'erreur de première espèce choisi (5%) et selon son degré de liberté défini dans la table du Khi 2 (69).

Justification.

La SOFFCO.MM. est l'association officielle de la chirurgie bariatrique en France. Cette société cherche à avoir un cadre scientifique sur la technique chirurgicale et l'obésité, l'optimisation et la diffusion de leurs pratiques, homogénéisation des pratiques des associés et une représentation sociale et légale des adhérents (70). Elle est composée de 340 membres chirurgiens dont 326 exercent en France.

Afin de comprendre les phénomènes étudiés de manière plus globale, il nous a semblé impératif d'avoir une vision de cette société.

D'autre part, à notre connaissance, il n'existe pas des questionnaires directifs validés pour connaître de façon consistante, complète et reproductible les dynamiques des praticiens aux seins de leurs pratiques.

Utiliser une technique statistique dans ce mémoire pouvait nous aider à diversifier la manière dont nous appréhendons le sujet et voir si l'articulation des deux méthodes était possible numériquement, cherchant à consolider ou au contraire à réfléchir sur nos résultats et méthodes. Cette analyse statistique est basée sur des justifications mathématiques robustes (69).

Chapitre 5 : Comité d'Ethique et Déclaration des données.

Comité d'Ethique.

Une demande d'évaluation du protocole de l'étude a été demandée en avril au Comité des Recherches non CPP (CERAPHP .5) qui sollicite quelques corrections dans le protocole. Ultérieurement aux modifications, le protocole a obtenu un avis favorable fin mai 2019.

Délégué à la Protection des Données (DPO) de Paris Descartes.

Une demande d'évaluation du protocole de l'étude, avec une déclaration sur l'information du type de données à traiter, a été envoyée au DPO de la faculté en obtenant une réponse favorable en avril pour pouvoir continuer le prélèvement des données.

Cette étude est alors attachée à cette structure pour gérer la responsabilité des données de cette étude et son inscription au registre des activités de traitement. D'autre part, elle n'est pas dans un cadre de méthodologie de référence selon la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) pour les recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé sans prélèvement de données de santé, ne prélevaient pas de données de santé, n'étaient pas dans un contexte multicentrique et ne donnaient pas l'accès aux données à un tiers aucune formalité additionnelle a été nécessaire (dispositions RGPD et chapitre IX de la Loi d'Informatique et Liberté).

Déclaration de liens d'intérêts.

L'auteur déclare faire partie d'un service en Chirurgie Digestive et Viscérale dans une clinique à Paris, ayant un statut de stagiaire non rémunéré. L'équipe s'intéresse à réaliser des interventions en : proctologie, hernies, cancérologie digestive, vésicule biliaire et de l'obésité.

Quatrième partie : Résultats

Chapitre 1 : Résultats des entretiens aux chirurgiens bariatrique.

Constitution de notre échantillon

Un taux de participation de 30,2% était observé (13/43 praticiens contactés). Après un entretien test (non-inclus dans l'étude), 12 entretiens furent conduits, cinq présentiels. Les praticiens exerçaient dans les régions Ile de France (7), Auvergne-Rhône-Alpes (2), Pays de la Loire (1), Hauts-de-France (1) et Nouvelle-Aquitaine (1). Concernant leurs fonctions et modes d'exercice, on dénombrait deux « Professeur des Universités », un « Professeur Associé » ayant une activité uniquement privée, trois praticiens ayant une activité exclusivement hospitalière et six praticiens exerçant exclusivement en clinique privée. Tous les interviewés étaient des hommes âgés de 30 à 75 ans.

La durée moyenne des entretiens était de 42 minutes [15min ; 69min.].

Les vignettes utilisées pour expliquer la notion étudiée seront accompagnées de la légende [Cx] correspondant au chirurgien [C] et un chiffre d'identification selon l'ordre d'interview.

La chirurgie bariatrique : sa formalisation dans un parcours de soin.

Une réponse à la transformation de la médecine :

L'expérience de cette transformation n'était pas menée tranquillement par les chirurgiens viscéraux qui voyaient leurs place dans le monde chirurgicale se restreindre avec les contraintes associées (risques, salaire...) « *une fois qu'on a enlevé tout ce qui n'est pas de la chirurgie digestive, et ils ont vécu cette déposition de leur activité avec un certain ressentiement [...], ça s'est concentré sur une activité qui est certainement une des activités chirurgicales les plus mal payées en France, qui cumule le plus de risques...* » [C11]. Suite à ce jugement la chirurgie bariatrique s'élaborait comme résultat de la recherche d'un parcours professionnel « *la chirurgie viscérale se contracte inexorablement...* » [C6], comme solution à la médicalisation de pathologies initialement traitées par chirurgie « *la chirurgie cancérologie digestive a diminué quant au nombre, quant aux indications du fait aussi de l'évolution des traitements...* » [C12].

Un chirurgien positionnait la chirurgie bariatrique comme une adaptation de la chirurgie digestive à l'évolution des maladies « *les maladies changent, la médecine change parce que les maladies*

changent... » [C2]. Les adaptations possibles résultaient donc d'un changement tout en répondant aux notions d'efficacité et d'utilité « il y a des molécules pour maigrir [...] au bout de 3 mois actuellement on arrête, alors ça permet de perdre un peu, pas beaucoup. » [C9] : La chirurgie bariatrique s'était construite comme une réponse actuelle aux limites des prises en charge médicales.

D'autre part, la naissance de cette spécialité donnait un nouveau sens aux chirurgiens par rapport à leurs objectifs de soins « *ça fait partie de ces chirurgies qui sont des chirurgies préventives d'une certaine façon [...] c'est une chirurgie un peu spéciale.* » [C10].

Un investissement :

Faire de la chirurgie bariatrique signifiait se consacrer pleinement à cette activité qui était vécue comme un choix intéressant de carrière qui impliquait un engagement complet « *c'était un pari que j'ai pris, puisqu'il fallait devenir un leader d'une nouvelle activité* » [un chirurgien] disponible à remettre sur pied une équipe de bariatrique et de développer une activité. » » [C1].

Cet investissement était vécu comme un acte responsable et éthique « *cette chirurgie elle permet d'améliorer la santé des gens...* » [C2] cherchant à modifier le comportement alimentaire des personnes concernées à travers des modifications anatomiques : c'est l'historique de cette spécialité « *L'idée de la chirurgie était une ambition très, très, très modérée, c'était de modifier le comportement alimentaire...* » [C3].

Parallèlement, cet investissement représentait une opportunité pour les chirurgiens de s'épanouir dans leurs carrières, ce que d'autres activités en chirurgie viscérales ne pouvaient pas leur permettre, se traduisant dans une frustration dans l'exercice de la pratique « *j'avais aucun intérêt à m'impliquer dans la chirurgie de la paroi [...] qui ne m'aurait de toute façon pas apporté toutes les satisfactions qui m'a apportées la chirurgie bariatrique...* » [C4].

Cet investissement devient un acte déontologique face à la prévalence de l'obésité « *C'est une épidémie mondiale l'obésité, ça intéresse tous les pays et nous on a la chance d'avoir une veille, veille, expérience donc on est reconnu, on est reconnu officiellement* » [C3] ; cet investissement permettait de développer une expertise et une reconnaissance.

Application des connaissances :

Le développement de la chirurgie bariatrique se projetait au-delà de l'acte technique par sa composante théorique et physiologique « *c'est une chirurgie que j'aime bien faire parce qu'il y a une composante physiologique...* » [C2]. Cette composante restait intéressante pour le chirurgien qui

pouvait être fusionner avec des savoirs extra-chirurgicaux « *une chirurgie qui doit en tout cas s'intéresse à la psychologie des malades, à l'aspect humain et relationnel, communicationnel ...* » [C11].
Secondairement, le rôle pionnier des chirurgiens français en chirurgie bariatrique a été abordé, faisant de la communauté chirurgicale française bariatrique le fer de lance de la recherche « *on a toujours été parmi les pionniers.* » [C3].

Cette découverte puis l'application de nouvelles connaissances permettait un retour symbolique de satisfaction vers le praticien, c'était un élément moteur de l'investissement « *Pourquoi on a fait ça après ? Parce que j'étais là pour une fois, que je rendais service, ça se voyait comme le nez au milieu de la figure.* » [C3]. Une satisfaction qui venait contrecarrer la nature « *la chirurgie elle essaye de tricher la nature pour réparer cette injustice biologique...* » [C6].

Pour d'autres praticiens, la chirurgie bariatrique revêtait l'aspect d'une application claire et encadrée donnant un cadre de pratique assez précis et normé « *nous on respecte, ce n'est pas une charte, mais [hésitations], les indications et les recommandations HAS, c'est une spécialité qui est très surveillée* » [C5].

Enfin, la chirurgie bariatrique imposait une mobilisation de compétences au-delà du monde de la santé « *je m'occupe beaucoup des problèmes médicaux légaux et d'assurances par rapport à la chirurgie bariatrique.* » [C11].

Son rapport avec l'esthétisme et la transgression du corps :

Deux praticiens considéraient que la chirurgie bariatrique n'était pas affiliée à l'esthétisme « *Pour moi c'est une chirurgie métabolique déjà, ce n'est pas de la chirurgie esthétique.* » [C2]. L'argumentaire se basait sur l'influence sur la santé (d'un point de vue générale, avec l'augmentation de l'espérance de vie) que la chirurgie esthétique n'avait pas « *elle permet d'améliorer la santé des gens, donc c'est une chirurgie physiologique et pas esthétique.* » [C1].

D'autres considéraient que le lien à l'esthétisme existe, et que la relation naît du caractère invisible des cicatrices produites par les nouvelles techniques chirurgicales « *nous ont été les chirurgiens en train de commencer à développer [...] la chirurgie sans cicatrices avec des petits incisions de moins d'un cm...* » [C3] et cette relation a permis de créer un réseau de patients à opérer « *j'ai fait sa connaissance en arrivant à H et je lui ai dit « tu sais moi il faut que je développe la coelioscopie et la chirurgie sans cicatrice [...] », il m'a dit « bah, pas de problème tu n'as qu'à prendre les malades qui sont en consultation de silhouette [...] » » [C3].*

Ce rapport à l'esthétisme était renforcé par des bénéfices secondaires (image corporelle, impact sur le travail, temps de récupération, etc.) que la chirurgie ouverte ne pouvait pas offrir « *C'est bien [...] de*

faire une laparoscopie que de faire une ouverture abdominale, c'est évident de tout point de vue... » [C4].

Ils percevaient que cette transgression deviendrait de plus en plus discrète pour le corps devenant une nouvelle révolution « *la seconde révolution c'est de passer par les voies naturelles, qu'il n'y ait plus de cicatrices...* » [C4], par conséquent la dangerosité serait moindre même en l'absence des preuves pourtant elle restait antinomique « *il y a des techniques dont on aperçoit qu'elles vont être moins invasives, moins dangereuses, il faut foncer, en même temps tant qu'elles n'ont pas des niveaux des preuves acquis bah vous pouvez pas, donc ça c'est délicat...* » [C4].

Son interdépendance :

La chirurgie était considérée comme un outil inscrit dans un parcours et non comme une entité indépendante des autres spécialités médicales. La chirurgie ici ne pouvait pas se détacher des prises en charges médicales et de leur organisation théorique « *Il ne faut pas l'imaginer comme un « one step-solo » que les chirurgiens ont inventé pour traiter l'obésité.* » [C1]. Ce besoin de travailler avec d'autres spécialités était vu comme bénéfique chez les chirurgiens « *j'ai été plus attaché au côté multidisciplinaire, caractère pluridisciplinaire de la prise en charge et discussion avec les collègues, donc au final prendre en charge un patient obèse ce n'est pas seulement l'opérer...* » [C8] ainsi que d'avoir un poids crucial dans le type de prise en charge choisi.

L'interaction était nécessaire car elle permettait d'organiser en réseau et de se procurer une patientèle « *il faut le recrutement donc effectivement il faut les malades mais surtout faut connaître les nutritionnistes, des endocrinologues...* » [C7].

Ces liens tissés avec les autres spécialités venaient offrir une solution préventive aux complications de l'obésité, par ce biais la chirurgie bariatrique se positionner dans un rôle incontournable par rapport aux autres spécialités qui traitaient ces complications « *C'est une partie importante de la chirurgie digestive, eh, qui répond au moins à trois problèmes de santé publique : la lutte contre l'obésité, mais aussi la lutte contre le diabète puisque le diabète de type II [...] et puis surtout la lutte contre le cancer...* » [C3], et dont même certains équiperaient aux objectifs d'une chirurgie vitale « *on va dire de la chirurgie bariatrique c'est à peu près équivalent à la chirurgie du cancer, bah c'est à dire on prolonge l'espérance de vie et la qualité de vie .»* [C7]. Cette nécessité de travailler en réseau s'était façonnée grâce au volume de patients qui commençaient à être opérés « *maintenant j'ai opéré 7000 patients donc il est évident que je ne peux pas les suivre...* » [C3]. La possibilité de déléguer le suivi a posteriori

était intéressante, avec une sélection des patients limitant les sources d'erreurs « *il y a certainement des erreurs qui sont commises mais ce qu'on peut espérer ce qu'il y a de moins en moins avec les RCP, avec l'entente préalable...* » [C3], hypothèse qui était totalement rejetée par un autre chirurgien faisant appel à une contradiction propre au système de santé face à l'entente préalable « *je vous renvoie à la demande d'entente préalable, c'est qu'il y ait une telle variabilité entre les caisses sur les demandes [...] j'ai croisé plusieurs départements, et bah en fonction d'où vient le patient je peux avoir [...] des refus ou des acceptations...* » [C12].

Parfois l'interdépendance pouvait se confronter aux manques des moyens ou d'organisation institutionnelle, qui risquait de déboucher sur des comportements déviants « *des médecins nutritionniste : y en a pas beaucoup, et donc forcément [...] si vous n'avez pas l'interlocuteur en face pour adresser vos patients bah vous êtes obligé de prendre en charge avec d'autres façons [...] et donc ça vous amène peut-être des fois à avoir des comportements entre guillemets un petit peu à la marge.* » [C12].

La chirurgie bariatrique s'organise comme réponse à ses propres résultats :

Pour les chirurgiens interviewés, les résultats cliniques évidents (espérance de vie, modifications de morbidités, etc.) permettaient l'essor de cette pratique « *Les conséquences c'est que les gens sont en meilleure santé : ils ont moins mal aux genoux [...]. Deuxième conséquence, c'est que c'est une chirurgie qui se voit : quand les gens ont perdu 40kg ça se voit.* » [C2]. On voyait donc qu'il y a deux types de résultats : les invisibles que la science connaît et les visibles que la société percevait.

Les résultats invisibles étaient ceux que la science chirurgicale rendait concrets « *je fais ça parce que je suis enthousiasmé par mes résultats et que les patients me remercient tous les jours.* » [C3], leurs permettant de perpétuer leur activité « *ils sont très reconnaissant ils vous disent merci, ils vous font de la publicité...* » [C11], et de leurs donner une propre perception de leurs capacités « *je leurs ai sauvé la vie et c'est tout juste s'ils me disent merci...* » [C11].

D'autre part, les résultats n'étant pas solides, la construction multilatérale pluridisciplinaire de la décision permettait de combler l'absence de vérité « *il y a un niveau de preuve qui est assez faible qui fait [...] il y a plein de choses qui se décident en RCP, il n'y pas une vérité tout comme on sait très bien qu'il n'y pas une chirurgie bariatrique qui est plus efficace...* » [C8]. A contrario, des praticiens considéraient l'accord préalable comme une représentation systématisée du contrôle et de la stigmatisation « *pourquoi la chirurgie bariatrique et sous l'accord préalable par exemple ? Hein ? Donc*

il n'y pas de logique, donc voyait bien que c'est mal perçu [...] faudrait aussi que la chirurgie du cancer ça se faisait avec accord préalable à ce moment-là. » [C10].

La chirurgie bariatrique comme manifestation d'un manque :

La chirurgie bariatrique permettait à certains chirurgiens viscéraux d'améliorer leur satisfaction professionnelle et personnelle face aux contraintes des autres activités en chirurgie viscérale « *Un chirurgien digestif il fait beaucoup de cancer, le cancer c'est une lutte difficile, parce qu'on ne sait pas quel moment on l'a pris, on ne sait pas comment ça va se passer... » [C3].* Ce bénéfice pouvait à l'extrême compensait la frustration occasionnée par les activités traditionnelles de la chirurgie viscérale « *Quand j'ai commencé avec la chirurgie de l'obésité j'avais que des bonnes surprises ; je rendais un service évident qui était stupéfiant, stupéfiant ! » [C3].*

Elle ouvrait d'autres sens à la chirurgie que le quotidien laissait de côté « *c'est une chirurgie qui est fonctionnelle et qui a un côté humain très intéressant [...] une chirurgie qui sortait de la chirurgie de résection organique ou on enlève des choses au patients mais on ne répare pas quelque chose... » [C11].* Ce « quelque chose » se traduisait par une relation plus forte permettant un retour emblématique plus conséquent « *Un malade obèse c'est quelqu'un qui vient vous raconter sa vie, vous raconte ses problèmes, pour lui c'est important [...] ça a une autre dimension que lorsque de réparer une jambe cassée. » [C11].* Le symbolisme était vécu de manière plus importante suite à un sentiment ironique : les chirurgies plus risquées étaient les moins valorisés, ils se trouvaient face à une antinomie « *il y a plus de procès avec les urgences qu'avec la chirurgie réglée, donc c'est paradoxalement une chirurgie compliquée, à risque très mal payée et très dévalorisée. » [C11].*

La chirurgie bariatrique était vue comme une sur-spécialité qui permettait de sélectionner sa clientèle d'une part, et d'autre part se détacher du contrôle d'un autre chirurgien « *elle nous permet de réfléchir sur nos propres indications, de choisir nos propres malades, c'est plus gratifiant que d'être sous l'égide d'un supérieur » [C7],* l'indépendance à tout niveau du chirurgien.

Les techniques chirurgicales en chirurgie bariatrique

Son association avec l'innovation médicale :

Les techniques en chirurgie bariatrique (et son volume d'actes) étaient directement liées à l'amélioration constante des instruments chirurgicaux « *on est rentré dans la chirurgie bariatrique de masse on va dire, sans jeu de mots, par la révolution laparoscopique... » [C1],* entraînant une

dépendance évidente par rapport à ceux-ci « *on est un peu, je trouve, aujourd'hui de plus en plus dépendant de nos matériaux, de nos agrafeuses...* » [C1].

Elles représentaient la venue d'une nouvelle manière d'exercer la chirurgie et un défi personnel à prendre « *ma démarche était sur le plan technique parce [...] il y a des chirurgies laparoscopiques avancées qui nécessitent une dextérité technique importante...* » [C8].

Ainsi l'avancée technologique se construisait comme manière de prendre le risque puisqu'elle était perçue comme une source de sécurité : pour l'intégrité du patient et la qualité du travail du praticien « *C'est une discipline où l'avancée technique est très importante et permet de travailler mieux, d'avoir plus de sécurité...* » [C1].

L'innovation était alors vue comme un moyen d'assurer une productivité future « *je n'avais pas beaucoup de recrutement [...] j'ai été allé [...] au congrès américain de coelioscopie [...] et donc, eh, il m'est venu l'idée que c'était quelque chose qui allait augmenter en volume.* » [C10].

Enfin, l'innovation technologique (la coelioscopie et les éléments dérivés) impactait la perception du patient quant à l'agressivité du geste « *la coelioscopie, c'est-à-dire [...] des opérations peu agressive...* » [C4].

Une manière de le voir comme une association d'opportunités :

Les techniques s'amélioraient grâce à de nouvelles stratégies et des nouvelles méthodes d'opérer le patient. Pour la chirurgie bariatrique, la coelioscopie en était une « *bah l'avantage de la chirurgie coloscopique, ça c'est bien évidemment pour le patient hein ? L'hospitalisation, la réduction de la douleur, etc.* » [C1]. Même si l'incertitude et le risque existaient, certains résultats (comme la durée de l'hospitalisation) étaient devenus prévisibles puisque les facteurs prédictifs connus : l'acte chirurgical disposant de bons résultats est alors vu comme un défi intéressant à relever. Le choix de la technique était perçu comme contradictoire, donc accepter de perdre des opportunités « *on sait aujourd'hui que l'intervention la plus efficace c'est la plus morbide, et la moins efficace est la moins morbide.* » [C8].

Leur pérennité :

L'évolution de la chirurgie bariatrique est un élément important, les techniques et recommandations évoluant : on se trouve face à une incertitude « *il y a plein de techniques qui naissent chaque année, il y a plein qui meurent...* » [C1]. On était dans un processus de construction et déconstruction permanente : un dynamisme constant.

Ce dynamisme est propre à la médecine qui a un lien direct avec l'optimisation de ce qui est connu (au niveau préopératoire, opératoire et postopératoire) à un certain moment donné. Cette évolution permanente était acceptée comme étant normale pour les participants « *la médecine sa fait des progrès tous les jours, tous les jours, tous les jours [...] Donc, la médecine ça évolue tout le temps et donc ça fait partie de la vie normale.* » [C2].

Toute fois la pérennité pouvait être négligée quand des notions telles que la « mort » et la « la maladie » postérieure à l'acte chirurgicale étaient limitées « *même les techniques, qu'on va juger aujourd'hui obsolètes [...] malgré ces échecs techniques, [...] on avait à 10 ans dans une cohorte de gens opérés une amélioration de la morbi-mortalité très significative...* » [C4].

La culture chirurgicale :

La manière d'appréhender les techniques ne dépendaient pas uniquement d'un facteur rationnel (le degré des preuves), mais du contexte social dans lequel se créaient ces techniques, pouvant rendre plus légitime la dynamique chirurgicale « *les français sont un peu plus des « sleeveurs »* [C1]. Réflexion basée sur des arguments de reproductibilité, de sensation de contrôle et de difficulté technique « *l'anneau, la première technique vraiment très reproductible d'un médecin à l'autre très facilement, facile à enseigner, avec des résultats assez constants, tout bon...* » [C4], sur des arguments du temps investi dans l'acte « *c'était rapide, c'est une technique qui prend moins d'une heure...* » [C3]. Finalement, l'appréhension était connectée aussi au contexte historique de développement des techniques « *ça a été lancé aussi, bah, par VV au début ; c'est quelqu'un qui a vécu et respirer dans l'univers français, ça forcément - un peu par continuité - ça s'est diffusé.* » [C1]. L'appréhension était plus facile à faire, par continuité, lorsque le contexte semblait familier.

D'autre part il restait la préférence personnelle influencée par une histoire propre de chaque praticien « *Donc il y a toujours des nostalgiques [...] j'ai connu 2 ou 3 chirurgiens qui continuaient jusqu'à très peu de temps à faire des gastroplasties de Masson.* » [C4]. Autant que la culture nourrie par la confiance en soi et la sécurité dans ses capacités « *je n'en fais pas [techniques non considérées par la HAS] mais ça ne pose pas de problème techniquement* » [C10].

Le choix de la technique était aussi commandé par l'organisation culturelle du savoir chirurgicale et de la manière de percevoir par chaque culture les preuves en chirurgie « *il y a des questions de cultures [...] comment en Suède ils ont système assez rigoureux et assez dirigiste il va y avoir plus de plus de coelio...* » [C2]. Sous l'aspect de la globalité de la technique viendrait un consensus sur l'acceptation « *la tendance trop sleeve elle est quand même universelle, la sleeve gagne partout* » [C4].

Son influence pour la prise de décision au moment opératoire.

Les choix techniques étaient influencés par les préférences personnelles des praticiens, leurs conceptions des risques, et par la projection du type de suivi à long terme selon la technique choisie « *pour moi les indications c'est plutôt une sleeve pour des patients jeunes avec peu ou pas de comorbidité et un by-pass pour des patients un peu plus âgés avec des comorbidités, et il y a toujours ce problème de supplémentation en vitamine que, que je redoute...* » [C5], ce qui pourrait par conséquent jouer sur l'activité future des chirurgiens « *l'anneau gastrique ça va vite vous emerger parce que globalement vous devez les voir et puis, et puis souvent bah ça merde [...] donc forcément bah un patient vous voyez beaucoup plus sursature votre consultation [...] du coup vous ne pouvez plus en opérer et vous perdez de l'argent.* » [C12].

Un contrôle des choix techniques permettait, comme alternatif (reproduire un acte chirurgical), de préparer les choix possibles « *un patient qui va être opéré d'une sleeve gastrectomy s'il va reprendre 5 ans plus tard, donc on pourrait lui proposer soit un by-pass en Y, soit un by-pass en oméga [...] alors qu'un by-pass en Y une fois qu'il est fait on est un peu dans l'impasse.* » [C9].

On observait que choisir la technique ne dépendait pas uniquement de la technique en elle-même mais des facteurs externes « *Après entre les deux laquelle choisir, ça c'est multifactoriel après le choix de l'intervention...* » [C8], autant comment le chirurgien se positionnait dans le parcours de soins (p.ex. épiphénomène) face aux comportements postérieurs du patient « *aujourd'hui ce qui fait l'efficacité de la chirurgie c'est le patient [...] indépendamment du type de la technique ce qui montre bien qu'il faut relativiser la place de la chirurgie dans le parcours des patients...* » [C8].

Selon la technique choisie et les risques encourus, la compréhension du patient mais aussi du praticien devait être croissante « *les complications sur le long terme, d'autant plus qu'on fait des techniques de plus en plus malabsortives.* » [C1].

Il existait la perception que des équipes proposaient des prises en charges ne comprenant qu'une seule technique ce qui pourrait contraindre la prise de décision « *Malheureusement en France il y a beaucoup de chirurgiens et beaucoup de centres qui ne proposent qu'une technique* » [C1]. Le savoir-faire technique pouvait altérer le choix du patient.

L'hétérogénéité comme réponse à la perception technique :

Les techniques s'étaient aussi développées selon la perception que le chirurgien a d'elles (en termes de faisabilité) « *Le by-pass c'est une opération qui fait peur, qui faisait peur. Et donc ils se sont dit « bah moi je vais faire des by-pass, mais je vais faire des by-pass plus simples avec une seule anastomose,*

c'est plus simple et tout ça... » » [C2]. Cette perception s'était construite sous l'interprétation des résultats personnels « je fais partie d'un des rares services qui continue à mettre des anneaux gastriques parce que je suis persuadée que c'est une bonne opération... » [C3].

D'autres chirurgiens, à part de la complexité technique, nommaient la perception des risques « *j'ai plutôt tendance à faire un by-pass en oméga parce que je le trouve plus simple, il y a moins de complications... » [C5].*

Néanmoins, cette hétérogénéité -produite elle-même par les preuves - provoquait une confusion chez certains praticiens « *les chirurgiens ont eu la sale tendance d'inventer des variations, même d'inventer des interventions qui n'étaient pas homologuées [...] a un moment on ne sait plus qui a raison... » [C11].*

L'appréhension des risques :

L'évaluation des risques associés à une nouvelle technique nécessite du temps et des complications, les temps démasquant les complications « *ceci dit avec la sleeve on commence à comprendre quand va, à avoir de très gros problèmes parce que la sleeve ça expose [...] à des adénocarcinomes de l'œsophage, qu'on ne pourra pas opérer puisqu'on aura plus d'estomac disponible. » [C2]. Une évaluation qui risquait, pour quatre chirurgiens, de s'accompagner de la banalisation de l'acte réalisé « *aujourd'hui là on va vous couper l'estomac, un estomac pas malade, et puis après on vous enverra dans la nature... » [C1].**

Cette appréhension était liée à la temporalité de l'accompagnement « *[l'anneau] ça implique de s'occuper des patients de manière très régulière, mais c'était simple... » [C4].*

A savoir qu'en cas d'événement indésirable, il était vécu de manière plus angoissante « *C'est souvent plus grave et plus dramatique quand ça se passe, quand ça arrive après une chirurgie bariatrique... » [C5]. Des complications qui pourraient être tolérables dans un certain seuil « on est arrivé dans une espèce de maturité chirurgicale où on a permis de réduire les complications à un taux qui était de l'ordre ou de plus qu'acceptable. » [C12].*

Les risques pris n'étaient pas considérés comme des facteurs qui pouvaient rendre malade, toutefois ils savaient qu'ils opéraient sans connaître tous les enjeux « *Je trouve qu'on ne rend pas malade le système digestif, on ne le rend pas malade... Alors après on intervient sur un certain nombre de facteurs qu'on ignore. » [C2]. Au contraire, d'autres praticiens pensaient que le risque était évitable et donc cette surmédicalisation pouvait arriver « *C'est très choquant, très choquant et je ne vois pas comment on peut arrêter ça. [...] Bon dieu mais il n'est pas malade cet estomac ! C'est dramatique ! » [C3], à**

différentes échelles de réflexion « *[les autres spécialistes] sont critiques sur un point pour quel la santé publique peut les rejoindre c'est qu'on opère trop en France [...] Ça c'est un problème de toute chirurgie fonctionnelle.* » [C4].

Il existe aussi un décalage entre le risque perçu par les chirurgiens et celui perçu par les patients qui influencerait de manière silencieuse le choix technique « *la réflexion des praticiens [sur les risques] elle est très en avancée sur la réflexion des patients, parce pour l'instant les patients ce qui veulent eux c'est maigrir, et avoir l'opération la plus simple possible...* » [C2].

Ce décalage n'est pas uniquement entre médecin-patient, il se présentait entre collègues chirurgiens bariatrique ce qui influencerait sur leurs choix techniques « *Le problème c'est que tous ces gens-là n'ont absolument pas pris conscience des résultats à long terme de cette opération [sleeve].* » [C3].

Ce décalage existait également entre spécialistes « *vous trouverez toujours un diabétologue qui dira « okay, la chirurgie d'accord mais la metformine ça n'a tué personne ».* » [C8].

L'obésité comme objet de recherche chirurgicale

Manière de combattre l'incertitude :

La chirurgie bariatrique étant une spécialité vierge, ayant un terrain de recherche peu exploré et par conséquent des possibilités de publication importante et flexible (à différence des autres activités) « *c'est un domaine qui est peu exploré ce qui permet d'avoir une voie de recherche clinique...* » [C9].

La multi causalité de l'obésité était responsable d'une multiplication des champs à étudier afin de cerner le phénomène « *une maladie complexe, maladie multifactorielle très complexe dont on ne connaît pas encore tout. Pour cela c'est bien de faire de la recherche.* » [C1]. La recherche permettait donc de rationaliser toute cette causalité et maîtriser l'essor chirurgicale « *Comme ça se développe beaucoup il faut faire de la recherche pour essayer de rationaliser les choses.* » [C6]. Participer à la recherche dans cette spécialité était une manière de diminuer les risques « *tout le monde sait qu'en chirurgie digestive le malade il va bien et une heure après il peut être en train de mourir.* » [C11].

La recherche en bariatrique se consolide en... Faisant de la chirurgie :

La prise en charge chirurgicale de l'obésité était un sujet de recherche « *Nous on fait plein de recherche ici. Là on est justement en train de travailler sur au moins deux papiers...* » [C1]. La dimension de volume fait son entrée dans ce domaine ; elle aidera à la construction d'un nouveau discours.

Cette dimension de volume dépendait aussi de la structure qui entourait le chirurgien « ... *Je connais l'équipe, c'est une équipe qui est très, très tournée recherche et publication.* » [C1], le collectif (« équipe ») est essentiel pour faire cette activité.

La recherche permettait d'évaluer la qualité des prises en charge proposées, justifiant les futures prises en charge, évaluation qui était liée au centre de pratique « *quand la coelioscopie est arrivée on a commencé à faire toutes les opérations par coelioscopie [...] il fallait beaucoup donc évaluer surtout dans les centres hospitalo-universitaires.* » [C3]. En outre la recherche représentait le moyen de faire connaître cette spécialité « *j'avais un rôle universitaire à jouer, donc on a beaucoup publié, c'est comme ça qu'effectivement tout ça a été connu...* » [C3].

La chirurgie bariatrique se développait par le biais de l'exercice, n'étant pas limitée aux espaces académiques « *c'est sûr que ça a permis à beaucoup de chirurgiens de se positionner comme publiant des travaux qui les valorisent parce ils ont pu commencer à parler dans des congrès, etc. ce qui ne pouvait pas quand [...] on n'est pas dans un gros centre...* » [C11].

Justification face aux institutions :

La recherche était aussi le langage concret qui permettait d'édifier une crédibilité intra-institutionnelle face aux décideurs « *il a fallu que je continue à publier des trucs pour qu'on se rende compte, etc. Donc, tant que ce n'était pas prioritaire il n'y avait pas d'argent pour ça...* » [C3], et de s'établir comme une force de justification extra-institutionnelle « *j'ai fait une publication qu'on m'avait demandé d'ailleurs sur un centre intégré de bariatrique à l'échelon d'une ville de taille moyenne[...] le président du congrès m'a dit « il faut que vous montriez que même dans une ville moyenne on peut faire des choses. » ».* [C11].

Justification d'un épanouissement :

La chirurgie bariatrique ne se définissait pas uniquement comme une finalité pour le patient, elle permettait aussi au chirurgien de développer son côté scientifique « *Pour pouvoir développer un peu plus le côté recherche qui m'a toujours manqué...* » [C1] ce qui se traduisait par un vide en son absence.

Les résultats s'accompagnent d'un volume :

Pour pouvoir publier, on observait la nécessité d'avoir des patients, idéalement nombreux « *c'est un CSO ici, donc avoir un volume d'activité qui est plus conséquent.* » [C1]. L'idéal était l'association d'un volume important de patients complexes afin de construire les résultats. Cette complexité était la

perception de l'utilisation des statistiques par rapport au volume de patients « *les chiffres on peut les faire parler comme on veut.* » [C1]. Une utilisation risquant d'être manipulable...

Un autre chirurgien mettait en avant la méthodologie par rapport aux résultats « *Dans un article scientifique ce qui compte ce ne sont pas les résultats, c'est la méthode.* » [C2].

Le volume des conséquences de l'obésité comme raison :

L'obésité était perçue comme un phénomène qui atteignait de plus en plus de personnes, imposant une compréhension accrue « *Pour cela c'est bien de faire de la recherche. Qui touche de plus en plus de gens, des jeunes surtout* » [C1]. Cette notion de jeunesse malade, qui entraîne une augmentation des volumes opératoires, justifiait la recherche et imposait de considérer l'être humain avec différents niveaux (sociaux, personnelle, économique) « *qui [la chirurgie de l'obésité] impact sur la qualité et la durée de vie de forme incroyable, qui a impact aussi sur les coûts des sociétés, sur les prix sociaux.* » [C3].

Evaluer une différence de qualité des prises en charges existantes et rechercher une solution flagrante faisaient partie de la justification face à un tiers de l'acte chirurgicale « *les suédois, toujours très rigoureux, ont montré que quand les gens étaient opérés ils avaient une diminution du taux de mortalité, [...] parce que jusque-là on nous prenait un peu pour des fous.* » [C3]. Permettant de plus prouver que les risques des techniques étaient moindres que ceux dans d'autres activités de chirurgies digestives « *la morbidité de ces opérations de chirurgie bariatrique elle est moindre que la chirurgie cancérologique.* » [C5].

Les preuves en chirurgie bariatrique

L'ancienneté et la notion de temps :

Elles permettaient l'argumentation quant à la prise de décision en chirurgie. Toutefois, cette argumentation nécessitait du temps « *des revues systématiques [...] bah... Il faut plus de temps pour les avoir* » [C1]. Ce temps permettait d'éprouver les techniques qui étaient alors assimilées, les rendant plus difficiles à remettre en question « *Je n'aime pas la sleeve, la sleeve est une opération, c'est l'opération la plus récente, le by-pass il y a 30 ans, anneau gastrique il y a 20 ans, la sleeve y a 10 ans.* » [C3]. Ils percevaient l'ancienneté comme s'accompagnant d'une diminution de l'incertitude « *... c'est des résultats à dix ans, donc des résultats à dix ans il n'y en a pas beaucoup.* » [C2]. On retenait l'homogénéisation de la technique chirurgicale employée ainsi que cette notion de rareté dû à sa propre ancienneté.

Pour pouvoir obtenir ces preuves, qui s'appuyaient sur l'ancienneté, le professionnel de santé avait besoin aussi d'un espace de travail pour qu'il puisse s'investir « *j'ai aussi accès à du temps pour la recherche qui est quelque chose qui m'intéresse* » [C1]. Un espace qui se différençait des priorités « *ce n'est pas dans la culture du monde libéral de faire des études parce qu'on n'a pas, c'est un problème de temps au fait.* » [C5].

Témoins de leurs propres limites :

Les praticiens mentionnaient la difficulté de construire des preuves en rapport avec des limites méthodologiques. Des limites imposées par les mêmes critères de qualité des preuves « *on n'a jamais eu des études qui ont reproduits le niveau de qualité de ce genre d'étude, de cette méthodologie...* » [C4], avec finalement le risque de se trouver dans l'impasse et donc l'inaction « *c'est le problème de la chirurgie en générale, notre niveau de preuves [...] qui valent ce qui valent [...] Si vous voulez déterminer qu'elle est la meilleure procédure ça c'est impossible...* » [C8].

Leur soumission à des facteurs externes :

Parallèlement à la construction des preuves, il existait aussi un intermédiaire qui modulait la qualité de ces études, dont la dimension de volume (lien au temps et l'image de pouvoir accumuler des études), paraissant importante « *je crois qu'il vaut une validation des comités internationaux, donc des revues systématiques, des métaanalyses...* » [C1].

La comparabilité des preuves donnait une « capacité décisionnelle » au praticien « *les résultats sur le moyen terme, donc comparatif sur le moyen terme de la sleeve, sont plus efficaces.* » [C1].

Enfin, l'accès à l'information ne garantissait par l'accès à une preuve de qualité au moment de les analyser « *Alors en ce qui concerne les analyses des informations scientifiques c'est toujours le même problème, c'est facile d'avoir accès à l'information, c'est beaucoup plus difficile d'avoir accès à la bonne information.* » [C2].

Le lieu de pratique pouvait se présenter comme limite ou marqueur de l'intérêt du praticien à la recherche « *Ils ne transmettaient pas d'information [les chirurgiens libéraux]. Donc c'est pour ça qu'un moment donné ça a été bien qu'on le fasse.* » [C3].

La visibilité comme justification :

Les preuves devaient être faites pour être visibles, irréfutables par le volume de patients, permettant une reconnaissance des auteurs « *On a publié il y a 2-3 ans sur Surgery un papier sur 52.000 anneaux*

gastriques... » [C1]. Cette visibilité était encore plus évidente en fonction des revues et nombre de publications « J'ai des publications dans les revues les plus connues dans le monde entier... » [C3].

D'autre part, elle donnait accès à des nouvelles techniques et leurs évaluations, le praticien devient un acteur qui donnera ou pas sens aux preuves, faisant autorité. Cette idée donne naissance à la notion de propriété « *Là je ressors, je vous disais, pour mes recherches, mes travaux de recherches... » [C1].*

La visibilité s'accompagnait aussi de l'évidence des résultats, parfois exprimée de façon caricaturale « *j'ai commencé à mettre des anneaux gastriques sur toutes ces dames qui étaient grosses comme ça [gestes à la main] et puis on a eu des magnifiques résultats... » [C3]. La visibilité était comparée à ce qui pouvait être du concret « *il y a un essor mais qui es justifié par des bénéfiques qui sont palpables... » [C8].**

Une évidence qui avait pour but de justifier diverses opinions et surpasser les barrières « *ça a convaincu les chirurgiens bien sûr, il y a une crédibilité, mais aussi ça a convaincu le grand public et scientifiquement les gens qui étaient très reticents. » [C4]. Ainsi que de surmonter les échecs de l'histoire de cette chirurgie « *le by-pass jéjunum-iléal qui était quasiment abandonné tellement discrédité parce qu'il y avait tellement d'effets secondaires, que voilà c'était une tâche sombre sur cette chirurgie ... » [C4].**

L'appropriation d'un savoir-faire :

Les preuves étaient pour le chirurgien une façon de justifier et d'appréhender une technique opératoire « *Pour moi c'était la technique qui avec la littérature donne les meilleurs résultats sur les trois, et c'est ma technique de prédilection. » [C1], où on voyait comment d'une donnée globale il y avait la naissance à la subjectivité de la pratique chirurgicale.*

Aussi on s'apercevait comment ces données s'utilisaient - entre collègues - pour justifier ou pas son savoir-faire et par conséquent permettant d'établir des différences entre praticiens « *les résultats dix ans de la sleeve : médiocres...» [C3].*

La dissociation théorico-pratique :

Si la construction des preuves était un défi, leurs compréhensions et mise en œuvre l'étaient tout autant. Cette difficulté pouvait donner des interprétations (subjectivités) diverses « *ce sont [savoir reconnaître la qualité des résultats], pas forcements des notions qu'un chirurgien, bien qu'il puisse être bon dans sa pratique, est censé d'avoir, il est censé savoir opérer, mais on n'est pas censé savoir lire ou*

interpréter un papier. » [C1]. La mobilisation d'autres compétences était nécessaire afin d'intégrer le savoir (qui doit être sélectionné selon sa qualité méthodologique) et du savoir-faire.

Cette dissociation était possible lorsqu'on comprenait que le parcours académique pouvait rendre les ressentis plus difficiles « *en France on a une tradition en chirurgicale anatomique, c'est-à-dire on fait l'internat français, on nous a appris des détails d'anatomie complètement incroyables qui ne servent à rien d'ailleurs.* » [C11].

Cette difficulté à associer le savoir au savoir-faire pouvait se percevoir au moment d'aborder le consensus des preuves : les indications chirurgicales et son application à la pratique « *les recommandations officielles qui sont reconnues sont démodées, elles ne correspondent pas à la réalité.* » [C3], parfois étant plus agressifs face à leurs sens scientifiques « *il y a des indications qui sont sur le plan scientifique, bah scientifique, ça n'a rien de scientifiques les recommandations.* » [C10], étant donné qu'être objectif sous différents angles n'était pas possible et la quantification n'était pas toujours la meilleure solution « *le problème c'est que tout l'aspect psychologie de cette pathologie il est très difficile à mettre en chiffre.* » [C11].

L'éducation chirurgicale

Le parcours académique opportuniste :

C'était le cas de ce chirurgien, au début de la chirurgie bariatrique, qui s'était retrouvé en marge pour exercer, via le regard des confrères « *il y avait un statut qui n'était pas enseigné, qui avait aucun statut universitaire, qui n'était même pas apprécié du tout par les chirurgiens universitaires...* » [C4].

Il décrivait une opportunité temporelle et géographique (au bon endroit, au bon moment) qui permettait au chirurgien de se former « *Pendant mon clinicat j'étais dans un centre chez DR et RB [...] où il y avait beaucoup d'obèses opérés* » [C1]. Le parcours académique influençait aussi le savoir-faire du chirurgien qui par continuité allait influencer les propositions au moment de la prise de décision « *D'une part je viens d'une école où il n'y avait pas qu'une technique, il y en avait trois qui m'a appris trois gestes techniques pour la chirurgie bariatrique* » [C1]. On notait comment la multiplicité des capacités dépendait des types d'opportunités dans la formation « *je faisais essentiellement des sleeves et des by-pass [...] au début j'étais toujours épaulé par un senior [...] sur un an j'ai dû en faire une trentaine je dirai et puis les by-pass un peu moins, 4 ou 5* » [C7]. Un parcours qui permettait ou pas de donner au praticien les outils pour être prêts face aux défis de ce type de prise en charge indépendamment de la rationalisation des preuves « *il y a beaucoup de questions d'école aussi, donc il y a oui les résultats des études, etc. mais finalement si on est formé dans un service qui a une particularité pour s'investir on s'entraîne plus aussi.* » [C7].

Le type de parcours académique nécessaire restait d'une décision personnelle du praticien, comme le mode d'exercice « *je viens de terminer mon DIU de chirurgie bariatrique et puis j'ai fait plein de formations, des stages à droite et à gauche.* » [C11]. On observait, néanmoins, comment le compagnonnage académique influençait leurs formations et choix de carrière « *mon patron le faisait déjà, c'est l'expérience clinique que j'ai vue chez quelques malades qui m'a convaincue de la développer.* » [C6], ou ce cas étant plus symbolique du compagnonnage académique « *entre guillemets mon papa chirurgicale qui m'a donné envie de faire la chirurgie bariatrique.* » [C12].

Une spécialité qui permet le développement de la carrière académique :

En privilégiant le secteur public comme choix de carrière, cette spécialité leur a permis un développement académique et par conséquent ses atouts (recherche, publication, etc.) « *J'ai voulu toujours enseigner. J'ai toute ma vie enseignée [...] On fait que ça dans le secteur public.* » [C3]. Une opportunité qui était liée au nombre limité d'universitaires en chirurgie bariatrique « *c'est pour cette raison que j'ai choisi de rester à l'hôpital public, exercer dans ce domaine où il y a très peu d'universitaires.* » [C9].

Il s'agissait d'un choix de carrière ayant permis de donner l'acceptation et la légitimité de cette spécialité « *un pas décisif c'est quand les universitaires ont commencé à s'intéresser, donc quand on a créé la société...* » [C4]. Former ceux qui allaient exercer dans le futur « *mon but à moi c'est de pouvoir former les chirurgiens à ces techniques, comment gérer les malades, comment gérer les complications...* » [C9].

Derrière cette spécialité se trouvait un cursus solide, l'acquisition d'une expérience, la création d'un réseau de travail, l'édification du prestige et de la reconnaissance « *j'ai été lauréat de la médaille, puis après j'ai fait une année de mobilité au CK à Londres [...] J'ai développé un cursus scientifique avec un master 2 et une thèse de science à Sorbonne Université ...* » [C8].

Par ailleurs, il fallait noter comment le parcours académique avait une relation à la recherche, certains parlaient d'un « rôle universitaire » qui permettait l'exercice de la recherche et de ce fait de renforcer le statut hospitalo-universitaire en développant « *des CHUs qui s'y intéressent, des universitaires dans le monde entier ce qui fait que des jeunes qui font des mémoires de recherche, qui font des travaux expérimentaux chez les animaux, etc.* » [C4].

Détournement du parcours académique :

Le savoir-faire pouvait être choisi selon la complexité technique influençant ultérieurement les démarches du parcours de soins « ... *J'imagine que ça soit plus simple pour un chirurgien non formé en bariatrique d'apprendre à faire une sleeve.* » [C1].

Ce raisonnement impactait aussi l'efficacité du praticien (en termes de temps et d'actes chirurgicaux) à faire une technique en particulier « *c'est un geste [sleeve] qu'à peu près n'importe quel chirurgie digestif peut faire, alors qu'un by-pass bon il y a deux anastomoses, c'est quelque chose qui demande une mesure technique qui est plus longue à apprendre...* » [C7] ; la construction de l'expérience chirurgicale obligeait d'attacher à opération un nombre, donc quantifiable et palpable pour la rendre moins abstraite.

L'accès à cette chirurgie et l'absence de contrôle, permettaient d'opérer des patients et de poursuivre l'apprentissage au fur et à mesure « *ça s'est considérablement développée, à un point tel d'ailleurs qu'un moment donné des chirurgiens faisaient de la chirurgie de l'obésité sans avoir une formation spécifique, ils apprenaient sur le tas.* » [C3].

Au déphasage entre l'apprentissage et la pratique étaient lié à un défaut de moyens dans le milieu académique « *comme il n'y avait pas d'universitaires pour former les chirurgiens bariatriques dont les chirurgiens bariatrique beaucoup dans le libéral ont été, sont formés eux-mêmes, [...] on ne connaît pas leurs niveaux de formations.* » [C9].

Un choc de formation, médicale versus chirurgicale :

Les professionnels du parcours de soins en chirurgie bariatrique n'avaient pas une formation spécifique, entraînant une augmentation des risques pour le patient et pouvant être perçus de manière critique par les chirurgiens bariatrique (arguments de motivation, âge...) « *après le problème c'est qu'ils [les médecins traitants] ne savent pas gérer les carences, ils n'ont pas eu de formation, ils n'ont pas votre âge, ils ont 50-60 ans. [...] Il y a bien sûr une demande mais il y a aussi un manque de formation...* » [C1].

Les manières d'exercer la médecine pouvaient s'opposer au travers de l'éducation, se répercutant elle-même sur le choix d'exercice et de structuration du parcours de soins « *mettre en place tous les moyens qui permettaient d'assurer que la technique puisse être efficace et donc ils se sont donné d'éducateurs thérapeutiques ...* » [C8].

Cette remarque n'était pas limitée aux soignants « non-chirurgiens » « *j'ai l'impression que les français sont des spécialistes pour rater le virage vers des chirurgies fonctionnelles et c'est peut-être dû parce que leur éducation anatomique très poussée plus que physiologique.* » [C11].

Le marché en santé

L'existence d'une demande justifie la création d'une offre :

L'un des arguments principaux pour la réalisation de la chirurgie bariatrique était la présence d'individus obèses « *la chirurgie bariatrique il faut la faire, parce qu'il y a énormément d'obèses, il y a beaucoup de demande des patients.* » [C1]. Une demande active qui se faisait grâce à la spécialisation sur cette thématique et des résultats obtenus « *la chirurgie bariatrique ça a apporté une spécificité à la chirurgie digestive, comme les malades sont demandeurs, ce qui n'est pas le cas pour le reste de la chirurgie digestive, ils sont prêts à payer...* » [C11].

L'importance d'une demande des médecins traitants était aussi avancée « *il y a une demande de la part des médecins traitants, puisque tous côtoient des patients obèses, tous, tous.* » [C2], grâce au développement d'une sensibilité médicale envers l'obésité « *des médecins traitants qui seront plus sensibilisés aux dangers de l'obésité, sévère et morbide.* » [C8], consolidant le circuit de soins.

Enfin, la représentation des bons résultats de la prise en charge chirurgicale de l'obésité jouait un rôle « *j'ai été poussé par des médecins autour de moi qui m'ont dit « tu dois faire cette chirurgie puisque sa rend services aux malades » cette chirurgie elle permet d'améliorer la santé des gens...* » [C2].

Dans le même sens, les résultats visibles donnaient naissance à une clientèle par cascade « *quand on opère un malade, il y en a deux qui viennent. Parce qu'ils voient l'effet...* » [C2], ou sous couvert de minimisation des contraintes « *je continu à mettre des anneaux quand les jeunes le veulent parce que c'est l'opération la moins agressive, totalement réversible.* » [C3].

Ce type de demandes semblaient influencer sur l'offre et le type d'offre « *les patients sont plutôt vers des chirurgies moins compliquées en termes de circuit alimentaire...* » [C4].

Toutefois, ce type de demande n'était pas exempté de contradictions et se voyait influencée par des gains secondaires « *le problème c'est la demande ; par quelqu'un qui n'est métaboliquement pas sain et qui a besoin d'une chirurgie qu'il ne souhaite pas forcément, souvent même ne la souhaite pas du tout, et par contre la demande existe chez des gens qui sont sains, on va dire, mais qui veulent absolument être opérés...* » [C4]. Un praticien utilisait le terme de harcèlement face à cette situation « *les gens voient l'efficacité aussi hein, de ces chirurgies et sont harcelés par ce type de prise en charge...* » [C5] ;

Une dernière source de demandes était l'industrie pharmaceutique, regardant ce marché comme une source d'opportunités, parfois hors du contrôle public, « *je me rencontre les gens qui s'occupaient de ce laboratoire qui fabriquait l'anneau, [...] qui dit « bah oui, bah tient, on va aller au ministère. » et je leurs dit « est-ce que c'est autorisé ? - Bah on va aller au ministère puis on va l'inscrire et puis voilà ».* » [C4].

La demande, début de de l'instrumentalisation pour l'éducation chirurgicale.

La disponibilité des patients, et donc facilité de recruter des patients, était un argument pour rentrer dans cette dynamique chirurgicale « *il y avait beaucoup d'obèses opérés donc c'est là où je me suis formé...* » [C1]. On parlait de patients comme de moyen puisque le patient représentait une expérience accrue pour chaque geste réalisé.

La formation chirurgicale régule l'offre et donc la demande.

La manière dont le chirurgien s'était formé avait une influence sur l'offre des soins. La diversité dans les formations pouvait être une source d'hétérogénéité des actes entre chirurgiens, entre régions « *en fonctions des régions les actes sont différents : dans la région Rhône Alpes il y avait beaucoup plus d'anneaux que dans d'autres régions parce qu'il y avait des équipes performantes qui ont beaucoup développé les anneaux.* » [C4].

Un marché (im)parfait.

L'offre semblait ne pas être totalement liée à la demande par un défaut de régulation « *c'est vrai que sur la Côte d'Azur, par exemple, la prévalence est faible alors qu'il y a beaucoup d'opérations.* » [C3]. De même que la régulation était faite par les propres chirurgiens « *Notamment en France les chirurgiens libéraux qui ont pu le faire de manière bien plus finalement rapide et puis, comment dire... efficace sur le plan marketing...* » [C4].

Dans ce sens, des modes chirurgicales modulant le marché étaient décrites, modes en relation avec la formation, le mode d'exercice du chirurgien et sa perception des techniques « *c'est vrai qu'il y a des effets de mode, il y a une grande mode pour l'anneau, maintenant personne veut les anneaux, ensuite il y a une grande mode pour le by-pass ...* » [C2].

Par ailleurs, ces effets de modes engendraient secondairement des chirurgies de recours spécifiques - créant une nouvelle demande - pour ceux qui étaient déjà opérés « *ceux qui ont été opérés par des anciennes techniques vont être demandeurs à un moment donné nécessairement par le fait du*

problème médicaux d'une chirurgie de recours. Et ça a une certaine limite parce qu'on ne peut pas opérer des gens une infinité de fois. » [C4]. La limite du corps correspondrait à la limite anatomique. Le risque des réinterventions influençait le marché lorsque les chirurgiens anticipaient une consommation « si par exemple on fait une sleeve gastrectomy [...] on sait que 30% seront en échec après la sleeve gastrectomy donc nous on pourrait proposer aux patients deuxième opération derrière... » [C9].

D'autre part, ils avaient une réflexion a posteriori en matière des coûts des patients non opérés justifiant du point de vue financier leur décision de prise en charge « *il faut faire le calcul dans ce sens-là, c'est à dire cette population qui sera opérée bah elle va consommer moins de soins, moins de médicaments, donc elle va coûter moins cher à long terme à la société. » [C9].*

La responsabilité du patient était avancée : son comportement par rapport à ce marché de soins était prépondérant, quand le chirurgien considérait que l'information donnée et les documents à signer étaient suffisants pour faire comprendre les enjeux « *Maintenant le patient il se conduit comme un consommateur. D'accord ? Je ne suis pas partisan de l'assistanat, d'accord ? Les gens sont responsables. Ils sont informés. Ils ont les informations écrites, ils signent des documents. Voilà ! » [C2]. Ils considéraient la compréhension des patients comme suffisante pour assimiler et agir « je leurs dit aux patients que c'est à eux de décider, Il y a des inconvénients et des avantages dans les trois techniques. C'est à eux de décider, ils ont leurs moyens. » [C5]. Un chirurgien, par contre, s'était montré très critique sur ce domaine, signalant les barrières imposées dans le monde bariatrique « *il faut voir ce qu'on fait signer aux gens, « est ce que vous avez compris comment fonctionne un by-pass ? ».* » [C10].*

L'impact de la représentation (hors maladie) de l'obésité chez le patient pouvait jouer un rôle sur la demande « *je trouve ce n'est pas des mauvaises raisons quand un type vient vous voir et qui vous dit, qui te dis « moi j'ai, je veux être pompier mais on m'a refusé chez les pompiers parce que je suis trop gros... ».* » [C2].

Un tourisme chirurgical.

En rapport avec l'activité de chirurgie bariatrique, on retrouvait désormais un tourisme de soins, dont acceptable si les indications chirurgicales étaient conformes, inacceptable quand il était motivé par la capacité de paiement « *il y a deux types de touristes : ceux qui ont les critères qui n'ont pas l'offre de*

soins locales [...] et puis il y a ceux qui font du business, du tourisme médical pour pouvoir se faire opérer alors qu'ils n'ont pas les critères. » [C2].

Du le point de vue des praticiens, les patients réalisaient une consommation de soins plus attractive et spécifique « *le tourisme aussi médical fait que les gens vont dans le Sud parce qu'ils ont un séjour d'une semaine tout compris : opération, hôtel avec le soleil, la plage etc. » [C7].*

L'organisation du système de soin autour de l'obésité

Le remboursement comme choix de l'Etat.

Le système de solidarité nationale français ne représentait pas une vraie source d'essor de cette pratique pour deux chirurgiens libéraux puisque la cotisation est obligatoire et que le remboursement est soumis à une entente préalable « *Bon, l'obésité c'est une maladie, bon à partir du moment où le patient a des critères médicaux pour être opéré, la sécu elle rembourse. Donc. Voilà il n'y a pas de sujet. » [C2].* En cas que le problème existait il serait considéré comme marginale « *on va dire, relativement marginale même s'il n'est pas négligeable des suppléments d'honoraires du secteur privé [...] mais est ce qu'il y a toujours une tension économique sur ce sujet ? » [C4].*

Le problème du remboursement était lié à l'augmentation du nombre de patients à opérer et des dépenses liées « *après ça peut poser d'autres problèmes parce qu'on opère, à peu près, que 4% des gens qui sont candidats. Donc forcément ça va poser des problèmes monétaires à terme... » [C2].* Un souci était aussi en lien avec le choix politique « *Mais ça c'est des choix politiques, c'est des choix politiques [...] si maintenant on dit « il y a trop d'obèses en France on va s'y prendre autrement et on va plus rembourser tout le monde mais on va mettre de l'argent sur la prévention » ça sera un choix politique. » [C2],* qui se traduisait dans un investissement financier et structurel « *C'est surtout les moyens financiers qui ont été mis à disposition des hôpitaux... » [C9].* Dans un cas, un choix étant appliqué sur des thématiques plus sensibles « *n'importe quel étranger qui arrive et qui a un titre de séjour il a open bar pour la santé, même pour se faire faire des chirurgies... » [C10]* ou l'idéologie politique « *une assurance maladie qui est construite sur un mode planification un peu à la soviétique quoi, c'est une des influences en France. » [C10].*

Au contraire, d'autres chirurgiens pensaient que le système de remboursement jouait son rôle comme facilitateur de cette prise en charge « *l'aspect le plus important pour tout le monde c'est que ça a été pris en charge par la sécurité sociale immédiatement ... » [C3].* On remarquait que les indications chirurgicales institutionnelles et les preuves étaient instrumentalisées pour les décisions politico-économiques en santé « *c'est un choix politique de santé est basé sur un niveau de preuve important. » [C8].* Pouvant provoquer une inadéquation entre le discours médico-épidémiologique et l'activité

bariatrique « *la France est le troisième pays au monde en nombre de procédures bariatrique après les Etats-Unis et le Brésil, ça n'a rien à voir avec l'épidémie je suis tout à fait d'accord, la France est beaucoup moins touchée que l'Allemagne et l'Angleterre mais c'est totalement remboursé. Sans commentaires.* » [C3]. De plus, ceci pouvait s'expliquer par une absence de limite selon les lieux d'exercice « *il y a des centres qui font jusqu'à 1000 patients par an ce qui est énorme, ce qui est probablement trop d'ailleurs...* » [C4], aboutissant dans un risque de surmédicalisation des patients « *par rapport à la population on opère toujours plus ,donc il y a quand même soit on ne diagnostiquait pas bien les choses avant [...] soit on surmédicalise trop.* » [C12].

La notion de bien vivre, même sous des contraintes, apparaît pour la première fois justifiant une différence des taux de recours entre les deux secteurs d'exercice « *ce n'est pas démentiellement rémunéré... Mais c'est vrai que dans le secteur 2 il y a beaucoup de chirurgiens qui peuvent vivre bien.* » [C6].

Une relation entre le droit au remboursement et la contrainte légale était avancée « *mais ce sont plus que des recommandations parce que la sécurité sociale se base sur ces recommandations pour rembourser [...] donc elles ont une valeur presque légale.* » [C5].

Les établissements de soins.

Les structures médicales devaient s'adapter pour accueillir au mieux les spécificités impliquées dans la prise en charge de l'obésité morbide « *il faut penser les malades : parce que les aides-soignantes, les personnels paramédicaux ne peuvent pas soulever une dame de 150kg toute seule...* » [C1]. Les établissements de soins devaient mettre à disposition les moyens permettant aux équipes d'assurer les soins ; une manière de penser les patients qui variait selon le secteur d'exercice « *des patients plus lourds [...], polypathologiques, donc les structures dans le privé ne sont pas souvent aptes à prendre en charge ces patients.* » [C9].

Pour autant, l'adaptation des établissements se faisait de manière automatique, mais elle se confrontait aux priorités institutionnelles « *Moi j'arrivais avec l'obésité et on m'a dit « écoute, ton truc ce n'est rien de tout, aucune importance.* ». » [C3].

Les contraintes de chaque établissement pouvaient provoquer chez le chirurgien une sensation d'abandon, d'isolement, ce qui provoquait des séparations « *la situation c'est un peu dégradé on va dire ça comme ça, donc voilà j'ai ressenti le besoin de partir et aussi parce que, eh, j'ai été le seul à faire de la bariatrique et que je ne souhaitais pas continuer dans ce contexte-là.* » [C10]. Ce choix de

séparation, selon le contexte personnel de chaque praticien, n'était pas réellement libre « *j'ai décidé de partir, alors après effectivement quand on a 45 ans et quand on a longtemps été dans un hôpital universitaire le privé est souvent est la solution qui s'impose.* » [C10].

Ces institutions jouaient le rôle d'entonnoir de l'activité en sculptant la pratique des chirurgiens des alentours « *ça a très bien marché jusqu'au jour que l'hôpital a voulu commencer à faire du bariatrique, du jour au lendemain ils [endocrinologues] ont eu des consignes pour ne plus travailler avec moi...* » [C11].

La labellisation des centres était perçue comme une garantie car elle assurait la personnalisation de la prise en charge de l'obésité « *dans les centres spécialisés, bah, vous avez des prises en charges plus techniques [...] en fonction de leur morphologie, statut, comorbidités, etc.* » [C1], ainsi qu'une diminution des inégalités qui pouvaient se créer par cette pratique « *c'est leur mission de structurer les soins pour garantir cet accès aux soins de façon un peu plus équivalente...* » [C8]. La labellisation devait être contrôlée secondairement par une institution volontaire « *et la volonté de la sécurité sociale de contrôler ce suivi...* » [C5]. Cette structuration donnait une sensation d'amélioration du parcours de soins « *on s'est structuré pour créer un centre, une préparation, une équipe, en fin tout ce qui fallait pour que les choses se passent correctement.* » [C11].

Par contre, pour certains praticiens, cette structuration restait insuffisante ne pouvant pas assurer la qualité des soins « *aujourd'hui le critère de qualité c'est le nombre de procédures, [...] mais finalement on regarde assez peu ce qui se passe en postopératoire...* » [C8].

Un paiement controversé.

Les chirurgiens organisaient leurs pratiques en fonction de l'aspect financier « *tant qu'on sera dans un système libéral dont vous serez payé à l'acte, et que votre rémunération dépendra de l'acte et bah je suis désolé vous aurez forcément un biais de jugement...* » [C12]. La position sociétale et donc du remboursement par rapport à l'aspect curatif ou préventif était prépondérant « *la prévention ce n'est pas bien pris en charge, ce n'est pas remboursé, ce n'est pas bien payé pour les médecins du coup forcement...* » [C2].

Cette absence de valorisation financière était vécue fortement aussi dans toutes les activités possibles de la chirurgie viscérale, sauf la bariatrique « *chaque acte chirurgical à une cotation financière, la chirurgie digestive globalement c'est assez mal cotée or la chirurgie bariatrique...* » [C7]. Même perception quand il s'agissait de comparer aux autres spécialités chirurgicales (technicité et temps investi) « *une hernie, une vésicule sont cotées, je ne sais, pas 200-250€, alors qu'un acte en ophtalmologie on va prendre deux fois moins de temps et il est rémunéré de la même manière [...] une*

colectomie je crois c'est 450 euros, c'est une petite blague parfois le chirurgien va passer 4-5 heures [...] c'est déraisonnable. » [C9].

Elle répondait à l'organisation établie par des choix politiques, qui pouvaient s'accompagner d'une sensation de futilité « *il y a les choix politiques et les financiers, les IVT où il y avait des injections quasiment de mil balles [...] avec des gens qui vont inéluctablement perdre la vue... » [C10].*

Cependant, ce n'était pas uniquement au chirurgien que ce type de dynamique bénéficiait. Les institutions de soins avaient un intérêt lucratif « *je trouve aussi, à titre personnel, que cette activité de chirurgie bariatrique se prête bien aux établissements privés. » [C5].* Toute l'équipe dans le secteur privé bénéficiait, ce qui expliquerait la réactivité à ce sujet-là « *un projet de chirurgie bariatrique au sein d'un établissement [privé] et bah tout le monde vous accueille les bras ouverts parce que ça fait vivre le cardiologue, le pneumologue.... » [C12].*

Une dichotomie sectorisée.

Comme explication à la prépondérance du secteur privé pour la chirurgie bariatrique était autant pratiquée, c'était la notion de vitesse de réponse liée au volume qui était avancée « *le privé est plus réactif, les structures sont plus légères...» [C2].* D'autre part, la proximité du patient et du chirurgien dans le secteur privé était évoquée « *c'est plus facile pour le praticien et pour le patient d'être proche en privé qu'en public, parce qu'en public il y a beaucoup d'intermédiaires... » [C2].* Cette notion de vitesse paraissait liée à la taille des institutions (synonyme de complexité) « *ce parcours est plus facilement réalisable dans des petites structures où tout est sur place...» [C5],* voire inversement proportionnelle à la capacité d'intégrer le flux et d'absorber des patients « *dans le monde libéral ils sont beaucoup plus réactifs [...], en terme de programmation, les patients avancent rapidement donc forcément le flux va aller là où on peut proposer ces soins plus rapidement » [C9].* Les notions de liberté, d'empowerment et de réussite pouvaient se présenter de façon préférentielle dans le secteur libéral « *Je suis parti en libérale pour exercer avant tout pour l'organisation, en fin pour la possibilité de mettre en place des projets et de développer des projets de façon beaucoup plus autonome. » [C12].*

Le type de patient évalué dans chacun de ces secteurs était différent, ce qui pouvait expliquer la différence de dynamisme « *Nous on voit plutôt [...] les réinterventions parce qu'il n'y pas mal de patients qui regrossissent parce bon on n'a pas choisi la bonne opération [...] c'est normal, c'est notre mission dans le service public... » [C4].*

C'était l'avènement de la médecine à deux vitesses et aussi à deux classes (l'utilisation du terme fragile) « *au CHU c'est très important qu'ils fassent de la chirurgie bariatrique puisque ce sont des services de recours, [...] c'est des malades très compliqués qui sont fragiles... » [C7].*

L'indépendance offerte accordant un droit à l'innovation, et expliquant la réactivité, le secteur privé avait plus de possibilité « d'oser » que dans le public « *Dans le secteur privé ils étaient beaucoup plus avancés que dans le secteur public parce qu'ils ont essayé des choses alors que dans le public ; mes collègues étaient très frileux à l'époque.* » [C3]. Le fait « d'oser » pouvait se confronter au regard d'un tiers dans le secteur public « *Moi quand j'ai commencé à m'intéresser à ça on m'a pris pour un fou dans les hôpitaux ...* ». » [C3]. Un regard qui dans le secteur privé était plus limité, la pratique souvent plus solitaire « *Alors les gars qui sont en privé ils s'en foutent parce ils font leurs trucs dans leurs coins...* » [C3].

Cette notion de vitesse, de réactivité, au contraire avait une relation avec les complications survenues dans la chirurgie de l'obésité « *il y a un problème qui est probablement aussi lié au fait que c'est beaucoup d'activité libérale qui font ça, qui fait qu'on va trop vite en France.* » [C3].

Cette différence créée entre les deux secteurs de pratique pouvait aussi s'expliquer par le remboursement de l'acte « *C'était les chirurgiens des cliniques privées qui faisaient ça, donc évidemment on a toute suite dit « c'est parce qu'ils veulent gagner de l'argent etc.* ». » [C3], établissant des relations en dehors du cadre humain « *Par contre là, la relation clientèle-financière-etc. Moi elle me gêne un peu...* » [C3].

Cette dichotomie partait aussi de l'historique visible de la chirurgie « *C'était cette consultation de la silhouette. Et comme ça se faisait nulle part à l'hôpital public, parce que là aussi ça se faisait dans les cliniques privés...* » [C3].

Une organisation dissemblable.

L'organisation des réseaux de santé était aussi un facteur expliquant l'accès à la chirurgie bariatrique de forme peu équitable « *pour autant on peut penser aussi qu'il y a des régions où tous les gens n'ont pas accès parce qu'il n'y a pas d'offre ou elle est insuffisante. Puis il y a des régions où il y a une forte proportion des gens qui ont accès parce l'offre est suffisante.* » [C2].

Cette différence pouvait être provoquée par la manière dont le chirurgien percevait son lieu de pratique, donc son choix d'exercice et ce qu'il avait à offrir à sa patientèle « *dans cette clinique on est en périphérique [...] la réputation n'est pas la même que dans une clinique centrale [...] je me suis aperçu qu'ici on était un peu défavorisé en terme technique parce qu'il a avait pas assez de gastros par exemples il n'y avait pas une tradition, il manquait certaines pièces qui fait que j'aurais pu m'épanouir chirurgicalement.* » [C4].

Cette organisation se formait également en fonction des facteurs comportementaux et d'épanouissement des praticiens « *Ils s'ennuient plus et ils n'ont pas assez de boulot. Donc il y a plus de demande pour cette nouvelle chirurgie. Alors que dans le nord de la France ils sont débordés avec une activité classique et ils ont moins besoins de développer cette chirurgie...* » [C6], voire comme projet de vie personnelle « *pour rien vous cachez j'ai une femme qui est endocrinologue-diabétologue et qui, avec qui forcément on échange régulièrement...* » [C12].

Concernant l'organisation, il ne s'agissait pas uniquement de l'accès aux soins, aussi de la manière d'organiser l'offre et de justifier un acte « *C'était une opération [l'anneau] qui n'avait pas de cotation. [...] c'est à dire on disait qu'on faisait une cure de hernie hiatale [...] ça s'est passé de manière, d'une manière qui serait aujourd'hui inconcevable bien sûr dans un contexte médico-légal [...]* » [C4]. Il y avait une perception de permissivité par rapport au contrôle légal des actes et du libre arbitre « *à l'époque il n'y avait pas d'autorisation parce que n'importe qui pouvait faire n'importe quoi...* » [C11].

Un positionnement professionnel.

Etant donné sa nouveauté, la chirurgie bariatrique réunissait les intéressés dans des associations, afin de leur permettre de se différencier des autres ainsi que de se situer par rapport à un tiers « *on a créé [...] donc en 1997 la SOFFCOMM à l'hôtel Lutetia ...* » [C3].

Cette chirurgie et l'organisation des professionnels autour de cette pratique (p.ex. société savantes) permettaient de construire une position prestigieuse au sein de la spécialité « *j'ai présidé le congrès mondial de la Fédération International de la chirurgie de l'obésité à T[...] c'est une reconnaissance internationale dans ce domaine-là à cause de toute cette ancienneté, donc c'est passionnant.* » [C3]

Un positionnement qui se faisait dans différents sens : symboliquement et monétairement « *la communauté chirurgicale ce n'est pas très valorisé, donc ni sur le plan du prestige ni sur le plan financier et donc, eh, ça a été une façon de revaloriser une activité qui était en perte de vitesse...* » [C11].

Ce système de positionnement apparaissait aussi entre les spécialités qui prenaient en charge ces patients, déterminant des relations de pouvoirs et de domination « *les nutritionnistes [...] veulent essayer de voir s'ils [les patients obèses] arrivent à maigrir sans être opérés. Ça ne marche pas, ça ne marche pas... Puisque si ça marchait on n'aurait pas créé cette chirurgie (rires).* » [C3], pouvant déboucher sur des accusations d'irresponsabilité par faute de motivation « *dès qu'il y avait un problème ils nous les renvoyaient, alors que c'est quand même le boulot du médecin généraliste de s'occuper des vitamines, ce n'est pas très compliqué, c'est classique... ah bah non [...] Démission !* » [C3], et se traduisant dans des circonstances d'abandon « *moi je travaillais avec une diététicienne mais*

les endocrinologues et les nutritionnistes ça ne les intéressaient pas. » [C10], ainsi qu'une absence de compromis quant à qui devrait suivre le patient.

L'adaptation et l'éducation étaient les utiles nécessaires pour renverser cette conception de la prise en charge « *médecin traitant ne peut pas suivre son patient opéré d'un by-pass à 10 ans ? [...] je pense que si avec un minimum d'expérience et de connaissances du suivi nutritionnel.* » [C5].

Un autre spécialiste voyait les limites concernant sa capacité à convaincre les autres spécialistes « *cet effort de conviction d'autres elle trouve un peu ses limites en plus il n'y avait pas les ressources pour opérer beaucoup plus de patients* » [C4], comme les limites de concertation face au discours de chaque spécialité qui défendait sa position face au traitement « *des gastroentérologues ont donné des recommandations pour opérer des gens à BMI avec des résultats des critères de succès qui sont moindres que ceux de la chirurgie [...] Alors que les chirurgiens ont leurs critères à eux [...] ça ce n'est pas un bon raisonnement sur le plan scientifique enfin à moi avis.* » [C4].

Un des chirurgiens pensait que la valorisation du rôle du suivi devait se faire pour rompre cette mise en marge de la chirurgie bariatrique « *il faut forcément mieux interagir avec les médecins traitants [...] et peut être faudrait valoriser leurs rôles pour justement les rendre partie prenante...* » [C8], d'autres au contraire cherchaient dans le secteur d'exercice une indépendance des autres spécialités pour accéder à un plus grand contrôle sur son activité « *j'avais besoin de me, de me, disant de me libérer de la tutelle [...] Donc de me libérer de la dépendance vis à vis des gastroentérologues.* » [C10].

Un parcours de soins malléable

Simplicité :

Elle était constatée à différents moments du parcours de soins. Les chirurgiens pensaient (dans la totalité des cas) que le système d'accès aux soins était simple pour les patients. Une simplicité due aux moyens que possédait la France « *par rapport au nombre d'habitants et par rapport au nombre de patients d'obèses la France et probablement un des mieux lotis...* » [C4], dont il existait la conscience des enjeux d'opérer à ce degré de facilité « *tant qu'on peut opérer tant qu'on veut, ce n'est pas une open bar, mais la procédure est plutôt facilitée [...] ça débouche sur des situations complexes...* » [C4]. La simplicité était vu sous l'aspect légal, avec égalité de chances et de développement « *quand un a le droit, tout le monde a le droit. [...] Donc il n'y a pas beaucoup de maîtrise des expansions des techniques autorisées en France.* » [C6].

Cette simplicité pouvait s'accompagner d'une absence de vérification ou d'un encadrement laxiste par rapport aux indications « *maintenant une entente préalable impose une réunion de concertation*

pluridisciplinaire. Enfin, je suis persuadé que ça ne se fait pas de façon si rigoureuse comme ça devrait. » [C3]. Cette absence de vérification pouvait se voir au travers du paradoxe de limitation d'accès à des personnes qui en auraient besoin « *on pourrait diminuer les indications, enfin on peut restreindre les indications opératoires, mais bon il y a quand même un problème de surpoids en France... »* [C5].

Elle pouvait apparaître au moment de l'acte chirurgical : selon la technique choisie il y avait place à une pratique réalisée par des chirurgiens « *non -bariatrique »* [C6] qui étaient séduits par la facilité du geste et les bénéfices secondaires « *le fait de réaliser un geste plutôt simple [...] permet aux chirurgiens qui ne sont pas forcément des chirurgiens bariatriques de formation de réaliser un geste à large échelle, d'être bien remboursés et d'être contents... »* [C1]. Une facilité qui s'associait à une vitesse accélérée, permettant le renouvellement des patients à l'opération « *aller vers un acte facile chirurgicalement, ce qui lui permet d'avoir un même temps beaucoup de malades, donc assurer la pérennité et un flux... »* [C9].

Cette réflexion était présente pour les chirurgiens bariatriques aussi « *[la sleeve] est techniquement jugée facile et que n'importe quel chirurgien digestif doit pouvoir la réaliser, donc du jour au lendemain tous les chirurgiens digestifs se sont dit « moi je vais soigner l'obésité... ».* » [C3], ce qui avait une conséquence dans sa pratique « *personnellement moi je trouve [la sleeve] plutôt sympa comme intervention techniquement, plutôt agréable à réaliser. »* [C5]. L'hypothèse opposée confirmait ce rapport « *effectivement la possibilité de faire ces opérations, techniquement plus faciles, permet de diffuser d'avantage la technique parce que si c'était que le gastric by-pass ça serait moins, moins facile pour beaucoup d'équipes. »* [C6].

Le geste chirurgical tendait à une simplification « *on a créé la sleeve pour être le premier temps d'un traitement en deux temps chez les gens extrêmement lourds [...] Ce n'est pas du tout ce qui s'est passé [...] pleins de chirurgiens se sont dit « c'est facile, suffit de couper l'estomac, on va faire ça à tout le monde. ».* » [C3]. Voyant même un moment utopique risquant à nouveau l'inaction « *La moins mauvaise [chirurgie] c'est de ne pas opérer tant qu'on ne devient pas obèses, ça serait un monde idéal. »* [C4].

La simplicité surgissait avec un risque qui choquait avec la déontologie médicale « *ils font ça [sleeve] parce que c'est plus simple, mais pour autant ils ont tendance à dire « bon il y a peut-être des inconvénients mais finalement ils ne sont pas si nombreux ». Je trouve ça très peu honnête vis-à-vis des gens. ».* [C2].

La simplicité paraissait s'organiser de manière sélective selon les secteurs d'exercice et selon le sens de responsabilité du praticien : avec moins de risques péri-opératoires on limitait les possibles risques postérieurs « *Dans le privé on a une petite pression dans le sens qui somme nous entièrement responsables du malade donc pour se lancer dans un type de chirurgie faut être sûr que ça va bien se passer.* » [C7].

Les poids financiers :

Le taux de remboursement était un argument pour le chirurgien et le patient : celui du praticien (il serait bien payé) et celui du patient (il récupérerait l'argent). Cette constatation entraînait un schisme entre ceux ayant une activité libérale et ceux n'en ayant pas « *cette chirurgie qui est très bien remboursée dans le secteur privé.* » [C1].

A contrario, la chirurgie bariatrique était aussi potentiellement perçue comme ne faisant pas partie de la médecine mais de la vente des soins, comme deux entités différentes « *j'ai des gens qui viennent me voir, ils n'ont pas les critères je ne les opère pas, ils me disent « je paye l'opération » [...] Moi je ne fais pas du business.* » [C2].

Cette perception était perçue par les pouvoirs publics, d'après les chirurgiens, quand les dépenses s'accompagnaient des complications avec l'essor de la spécialité « *les pouvoirs publics, ce qu'on appelle les tiers payants, ceux qui payent, ils nous ont dit « attendait on est le 3ème pays au monde à faire cette chirurgie alors qu'on n'est pas le 3^e pays à avoir tant de malades, et puis il y a pleins de complications, il faut qu'on arrête ça.* » [C3]. Néanmoins, l'arrêt du remboursement serait perçu comme une perte d'opportunité pour le patient, marquant un lien déséquilibré entre investissements et dépenses « *Ce n'est pas raisonnable de refuser cette chirurgie qui est le seul traitement pour tous ces patients.* » [C3].

De l'individualisation ou à la normativité de la prise en charge :

Le parcours préopératoire était parfois qualifié de long et lourd pour le patient. Toutefois, il restait nécessaire pour le chirurgien car celui-ci garantissait l'exhaustivité du bilan préopératoire « *... la durée moyenne de notre parcours est de d'un an. [...] c'est là qu'on choisit quelle technique est plus adaptée...* » [C1]. Un parcours qui permettait de définir le patient comme apte « *la première chose à faire quand on voit un patient comme ça, c'est d'analyser son comportement alimentaire et puis après alors il a y a tous les examens à faire...* » [C3]. D'autre part, le libre arbitre était vécu comme une liberté de pratiquer, de valorisation professionnelle et de construction d'un parcours de soins à la guise des

praticiens ; c'était aux praticiens de décider et sur des critères subjectifs, éloignés du rationnel forgé par le biais des preuves « *pour la chirurgie bariatrique le chirurgien et aussi important qu'un psy [...] pour prendre tous ensemble la meilleure décision en oncologie bah, il y a des guidelines avec des recommandations.* » [C8].

La responsabilité au moment préopératoire s'articulait autour de la connaissance du patient et de son adaptabilité à la prise en charge « *On essaye de transmettre ce message sur l'année préopératoire, d'instaurer un bon rapport.* » [C1]. Une adaptabilité nécessitant un patient totalement conscient des enjeux découlant de la chirurgie, préparé, indépendant et prêt à faire des sacrifices « *[la chirurgie] ne peut être réalisée que voilà si toutes les conditions sont réalisées en préopératoire, ça veut dire : l'éducation a été faite, le patient est autonome, il a été éduqué, il a compris les enjeux de la prise en charge à long terme...* » [C8]. Des conditions qui pour d'autres représentaient une irrationalité et ironique et sans fondements « *ils demandent aux gens de perdre du poids avant de voir un chirurgien ce qui est débile quoi...* » [C10].

Malgré cette approche, un nombre élevé de patients n'étaient pas éligibles à la chirurgie. Cette inéligibilité dépendait du critère institutionnel « *Donc on consulte, on décide si le patient a des critères qui correspondent bien aux critères de la Haute Autorité de Santé...* » [C3]. Enfin, l'évaluation dépendait des données sociétales « *il y a des critères internationaux, y a des gens qui ont des critères pour être opérés, d'autres qui non pas. Donc la question est facile à régler.* » [C2]. On remarquait alors que le concept de facilité était régulièrement avancé dans la prise de décision.

Parallèlement aux indications HAS classiques, la vision du bien-être du patient , hors critères reconnus HAS, pouvait prendre un sens médical et, par conséquent, dans la même orientation que celle de la déontologie médicale « *ce n'est pas une mauvaise raison, le type il a moins de 25 ans, il veut faire sa vie, veut être pompier, il veut arriver. Bah, nous on est là, les médecins, pour aider les gens, hein ?* » [C2].

Le moment du choix opératoire :

La technique était expliquée selon le rapport « *risque et bénéfice* » pour que le patient puisse choisir, avec des limites peu évidentes, soit parce que le patient le souhaitait soit parce que le praticien avait aussi ses préférences « *Souvent les patients nous disent « qu'est-ce que vous feriez ? », bah on a toujours notre petite préférence ou notre petit conseil à donner.* » [C1]. D'autre part, le choix du patient restait une donnée importante mais restreinte à des préférences professionnelles « *Après je ne dis pas*

qu'on laisse choisir [...] Je pense qu'on fait des études, on a des bases, des connaissances plus importantes que les malades donc on a les moyens de les conduire vers un choix plus adapté. » [C1].

Ce choix et ces facteurs qui pouvaient être problématiques, lorsqu'on demandait quel type et de quelle manière le patient percevait l'information – qui paraît très déséquilibrée entre gestes chirurgicaux – dans la prise décisionnelle « *il ne comprend rien de tout [...] alors que la sleeve vous lui montrer un schéma et vous lui dites « je vous coupe l'estomac et vous mangez moins », là il comprend, il est tout content. » [C11].*

Lorsqu'un patient ne correspondait pas aux critères mais se faisait opérer, le manque d'éthique et la responsabilité semblaient être partagés par le chirurgien et le patient « *Quand on est médecin on a une éthique. D'accord ? Bah, voilà ! On respecte son éthique. Après s'il y a des voyous, eh bah je dirai c'est d'une part leur problème et ensuite c'est le problème de ceux qui payent les opérations qui ne sont pas validées, pas valables, voilà c'est un problème du système. » [C2].*

Le suivi postopératoire :

Lorsque le suivi postopératoire était assuré par le chirurgien, c'était la représentation de l'acte chirurgical et de ses conséquences au long cours qui étaient mises en avant « *l'obésité est une maladie chronique et donc que la chirurgie est un mariage sans divorce. » [C1].* Les praticiens devaient prolonger leurs fonctions au-delà du moment préopératoire et opératoire à la différence d'autres activités en chirurgie viscérale « *ce n'est pas un patient que vous prenez jusqu'en charge comme une hernie, pour un problème d'un moment donné de leur vie... » [C8],* se traduisant pour certains comme une manière de se détacher de la pratique habituelle de leurs spécialités « *un peu frustrant de ne pas avoir un espèce de suivi avec certains patients alors c'est pour ça que cette dimension-là de la chirurgie bariatrique m'intéresse » [C12].*

Cette vision variait cependant en fonction des centres, la position du praticien face au suivi postopératoire étant alors plus distanciée « *notamment dans le privé, [...] ils opèrent 1000 patients par an. Hein ? Vous imaginez qu'on n'a pas cette capacité de suivre ces patients par an... » [C1].* Cette dichotomie en fonction du secteur d'exercice et curieusement le sens de volume apparaissait à nouveau mais cette fois comme limite.

D'autre part cette responsabilité s'accroissait face à des risques dont les profanes ne connaissent pas aujourd'hui la véritable portée « *quand [les patients] vont comprendre que ça expose à des risques de cancer, il va y avoir des réactions...» [C2].*

La chirurgie de l'obésité évoluait, ironiquement celle de son suivi était perçue comme stagnante « *l'année dernière on a toujours 30% des gens qu'on a opéré qui ne reviennent pas en post-op.* » [C3]. Une des explications données était le facteur culturel « français » « *Ils [les français] ne sont pas si disciplinés comme les scandinaves, ils ne sont pas heureux comme les suisses, ils vivent ça plus difficilement, du coup on n'est pas bons...* » [C3].

La responsabilité du patient allait jusqu'à la constatation des résultats positifs, le rapport chirurgien-opéré pouvait se déliter au cours de ce constat « *Au début ce sont tous des bons élèves, mais après à 4, 5, 6 ans, ils déménagent, ils se sentent bien [...] et puis il y a le divorce...* » [C1]. Avec cette logique, la méfiance s'installait dans la relation « *Je pense qu'à partir du moment c'est le patient qui décide lui-même de l'intérêt du suivi, eh, c'est délicat...* » [C5].

Pour un chirurgien choisir ce type de soins était un engagement responsable impliquant le patient « *... on lui explique avant de la chirurgie en quoi ça consiste un engagement de ce genre...* » [C1]. Cette perception de la responsabilité du patient opéré était aussi apparente dans la place du patient dans la relation « soignant/soigné », position ayant évolué « *il y a trente ans le chirurgien ou le médecin, c'était lui qui disait aux gens « il faut faire ci ou ça ». C'est fini ça. [...] Ils assument, ils sont responsables, on ne va pas sous prétexte qu'on opère un malade en 2005 le cocooner toute sa vie s'il ne veut pas tenir ses engagements. Voilà.* » [C2]. Pour d'autres praticiens, au contraire, il fallait être derrière ce patient « *Donc en fait on a choisi de convoquer les patients, de façon pas assez agressive, mais on s'accroche beaucoup.* » [C6], ce qui pourrait être catégoriser comme « *monstrueux surtout quand ils vont bien...* » [C8].

Voire infantiliser le patient était considéré « *c'est comme un enfant, il a son gâteau c'est fini, il a mangé il pense que c'est fini, non ça ne marche pas comme ça. C'est des adultes il faut introduire des contraintes.* » [C9].

La responsabilité engendrait une tension entre les pouvoirs publics et les praticiens, et entre les mêmes praticiens « *leur raisonnement c'est de se dire « c'est 50.000 oui, mais est-ce qu'ils sont bien correctement encadrés, correctement préparés, correctement suivis sur le long terme ? ».* » [C4]. Cette tension liée à la responsabilité postopératoire était perçue au niveau légal mais pouvait être minimiser « *les gens finalement opéraient un peu sans discernement et un peu trop, ce qui n'est pas faux à 100% et notamment vu qu'il y a beaucoup d'alertes, les tutelles mais non moins parce que c'est marginal, pour nous c'est très marginal...* » [C4].

Une obésité, deux obésités... Une chirurgie.

Polymorphisme :

L'obésité était définie de plusieurs façons :

Elle pouvait être synonyme de balance bénéfice-risque telle que définie par les assurances « *c'était une question de bénéfice/risque, établie par l'IMC...* » [C3], concept appréhendé de manières différentes qui s'accordait à un continuum de temps « *BMI 50 ce n'est pas la même maladie qu'un BMI 30, évidemment oui, et en même temps l'obésité c'est une même, c'est une continuité de santé publique.* » [C4], donnant une sensation de crédibilité lorsqu'il s'agissait d'une entité mondiale qui reprenait la définition « *c'est une maladie chronique définie par l'OMS comme accumulation de graisse qui a un effet néfaste pour la santé.* » [C8].

Le concept de gravité se façonnait derrière une valeur numérique permettant aux chirurgiens de se détacher de tous les autres sens possibles « *moi la seule obésité qui me concerne c'est l'obésité maladie. Les autres ne me concernent pas...* » [C3], provoquant une sélection des patients bien avant d'avoir un contact avec eux « *j'ai demandé à ma secrétaire de faire l'IMC à chaque fois qu'ils téléphonent, [...] s'ils ne sont pas à 40 je ne veux pas les voir.* » [C3].

Ce polymorphisme était patent dans les représentations de l'obésité, ses causes « *c'est une maladie complexe, maladie multifactorielle très complexe dont on ne connaît pas encore tout.* » [C1]. Lors du temps opératoire, cette diversité de formes et de causes pouvait être source du choc avec l'incertitude et les différentes manières d'intervenir « *on agit sur un certain nombre d'éléments qu'on connaît, mais il y a des conséquences d'autres éléments qu'on ne connaît pas...* » [C2]. Le terme « *d'injustice biologique* » [C6] était avancé pour aborder l'hétérogénéité des composantes des individus touchés de manière différente chacun et individualisant la maladie.

L'obésité pouvait être visualisée comme un marqueur social « *C'est surtout des gens pauvres, oui, ça c'est vraiment très net.* » [C3] ou qualificatif « *c'est le monde moderne des couches sociales défavorisées.* » [C6]. C'est la pression de l'image qu'elle exerçait sur celui qui se voit obèse et non nécessairement malade « *quelqu'un va vous demander d'être opéré parce que si non son mari va la quitter, mais pas tellement parce que son diabète n'est pas équilibré.* » [C4], un référent particulier entre différentes sous-catégories de personnes « *70% sont des patientes, et souvent plus jeunes [...] l'obésité est beaucoup plus stigmatisante chez les femmes...* » [C8]. La représentation d'englobante de l'obésité dans le quotidien des personnes prenait fin lors nouveau départ, la chirurgie « *pour eux c'est souvent, c'est la cause d'échec dans la vie [...] donc ils veulent se débarrasser le plus rapidement possible* » [C9].

D'autre part, un questionnement des mœurs pouvait être vécu comme inapproprié, non réaliste ou hors contexte, la stigmatisation de l'obésité et de la chirurgie « *alors on dit qu'il y a trop de chirurgie de l'obésité, ça veut dire quoi trop de chirurgie de l'obésité ? [...] Ça par exemple ça fait partie des stigmatisations.* » [C10], cette sensation justifiée puisque d'autres spécialités n'étaient pas remises en cause de la même manière « *c'est une chirurgie qui est mal perçue dans le sens où personne ne va jamais questionner le problème de chirurgie du cancer...* » [C10].

D'autres invitaient à voir ce polymorphisme comme source de réflexion hors cadre, pour modifier le concept actuel des indications « *Attention ce qui est plus grave ce sont les comorbidités, pas forcément le poids.* » [C3], c'est l'invitation à persuader l'indication autrement « *tout courant de la chirurgie métabolique c'est de convaincre les décideurs essentiellement les endocrinologues [...] de pouvoir opérer des patients qui ont un BMI à 32, 33...* » [C4], mêmes si certains se limitaient aux preuves « *je pense qu'il faut se cantonner aux indications...* » [C7].

Cette conception de l'obésité traduisait la possible naissance des débats scientifiques entre définitions et représentations des diverses spécialités traitant l'obésité « *les médecins travaillent beaucoup comme intellectuels [...] est-ce qu'il y a des obèses métaboliquement sains ? C'est un vrai débat.* » [C4].

Ce sont des visions qui choquaient. Pour les chirurgiens, la prise de décision restait dans le terrain d'affrontement « *il y a encore 99% des gens qui ne veulent pas être opérés alors qu'ils ont une obésité maladie. [...] alors il y a toutes les explications, y a la peur, la méconnaissance, l'indifférence...* » [C3], pouvant se transformer de façon caricaturale « *au début on me disait « je vais me jeter par la fenêtre ou je vais grossir » enfin des trucs idiots, là je n'ai pas le temps à consacrer à ça.* » [C3].

L'effet de l'invisibilité de l'obésité :

La société ne s'emblait pas accepter l'obésité comme un problème, n'hésitant pas à la stigmatiser « *les gens voient l'obésité comme quelque chose que les gens s'infligent à eux même.* » [C4], à retenir la faute comme étant celle de l'individu obèse sans qu'elle soit restreinte à l'aspect physique « *ils ont beaucoup de difficultés bien au-delà de simplement se sentir pas joli quoi...* » [C6].

Pour autant, les chirurgiens ne sont pas exemptés dans leur vision de la maladie « *avec un obèse c'est beaucoup de psychologie etc. donc il y a des chirurgiens qui disent « mais moi je déteste ça » [...] il faut avoir envie de soigner les obèses quoi, ce qui n'est pas le cas de tout le monde.* » [C7]. On observait une différence entre intervention technique et soins prodigués au patient.

Cette invisibilité existait aussi pour divers professionnels de santé, ce qui pouvait amener à douter de leurs volontés de faire face à l'évidence scientifique « *Sans doute certains chirurgiens ou médecins, parmi les généralistes, c'est la même chose. [...] Ils ne pensent pas que c'est une maladie [...] Ça on a vu aujourd'hui, c'est de l'ignorance dans le sens propre du terme [...] C'est inacceptable.* » [C1].

Une invisibilité qui pouvait pointer du doigt les obèses qui n'accédaient pas à cette prise en charge « *il faut être fou pour ne pas avoir accès à la chirurgie bariatrique.* » [C7]. Cette invisibilisation se traduisait de forme inégale et de manière sélective sur celui qui subissait, mais pas sur celui qui regardait « *c'est sûr qu'elle n'est pas indispensable pour celui qui ne la subit pas mais pour le patient qui est obèse [...] il va vite vous dire que c'est indispensable...* » [C12].

L'invisibilité comme maladie était aussi soutenue par l'industrie agroalimentaire « *c'est ça le message qu'ils ont tordu à leur faveur et d'une certaine manière c'est de se dire l'obésité : c'est une responsabilité individuelle.* » [C4].

Une invisibilité perpétuait par les pouvoirs publics, réduisant par conséquent l'acte chirurgical en un acte palliatif « *tant que l'Etat n'ira pas se confronter aux lobbies d'agroalimentaire [...] on aura, on aura toujours cette pandémie d'obésité hein ?* » *il ne faut pas croire, nous en est là qu'un effet palliatif.* » [C12]. Dans cette logique alors les décideurs devaient garantir un état d'équilibre « *ils ont qu'un rôle à jouer c'est de nous faciliter la chirurgie puisqu'on veut du matériel chirurgical, faut que les gens prennent conscience, on n'y peut rien...* » [C4]. Sous cette même logique rentrait l'industrie pharmaceutique : garantir le matériel sous le discours de non responsabilité individuelle et de nécessité de prise en charge.

Le choc des représentations :

On observait celle du praticien, celle du patient et celle de la société.

Le praticien ne voyait pas l'obésité comme une source de responsabilité ou un argument de culpabilisation, dans un cas même à comparer cette entité à celle du virus de l'immunodéficience humaine « *l'épidémie du VIH où les patients étaient pointés du doigt, étaient des toxicos, étaient des prostitués, les responsables de leurs maladies, quand ce sont des gens qui tombaient malades, voilà !* » [C1].

Le patient venait être pris en charge mais pas nécessairement parce qu'il se sentait malade « *Souvent les gens ouvrent les yeux pendant la consultation quand on leur dit qu'ils ont une maladie.* » [C1] et que cela pouvait représenter un risque à différents moments de leurs prises en charge. Le savoir se

transformait en une prise de conscience devenant une nouvelle vision de l'individu sous des argumentaires de soins.

Un autre chirurgien partageait les archétypes de patients se présentant en consultation. Le premier, celui qui méconnaissait sa maladie et le second dont la perception était plutôt influencée par celle de la société « *puis il y a des patients plus jeunes dont la santé n'est pas dégradée [...] Mais ils se disent « ma qualité de vie est très altérée », parce que quand on est une jeune femme bah on ne peut pas trouver de mec... »* [C2]. C'était ce regard du tiers : stigmatisant le patient (responsable de son état) qui choquait le praticien « *c'est vrai qu'il y a quelques années encore on méprisait les gros en disant « il y a qu'arrêter de bouffer et puis c'est tout », là on commence à réaliser que c'est un peu plus compliqué. »* [C4].

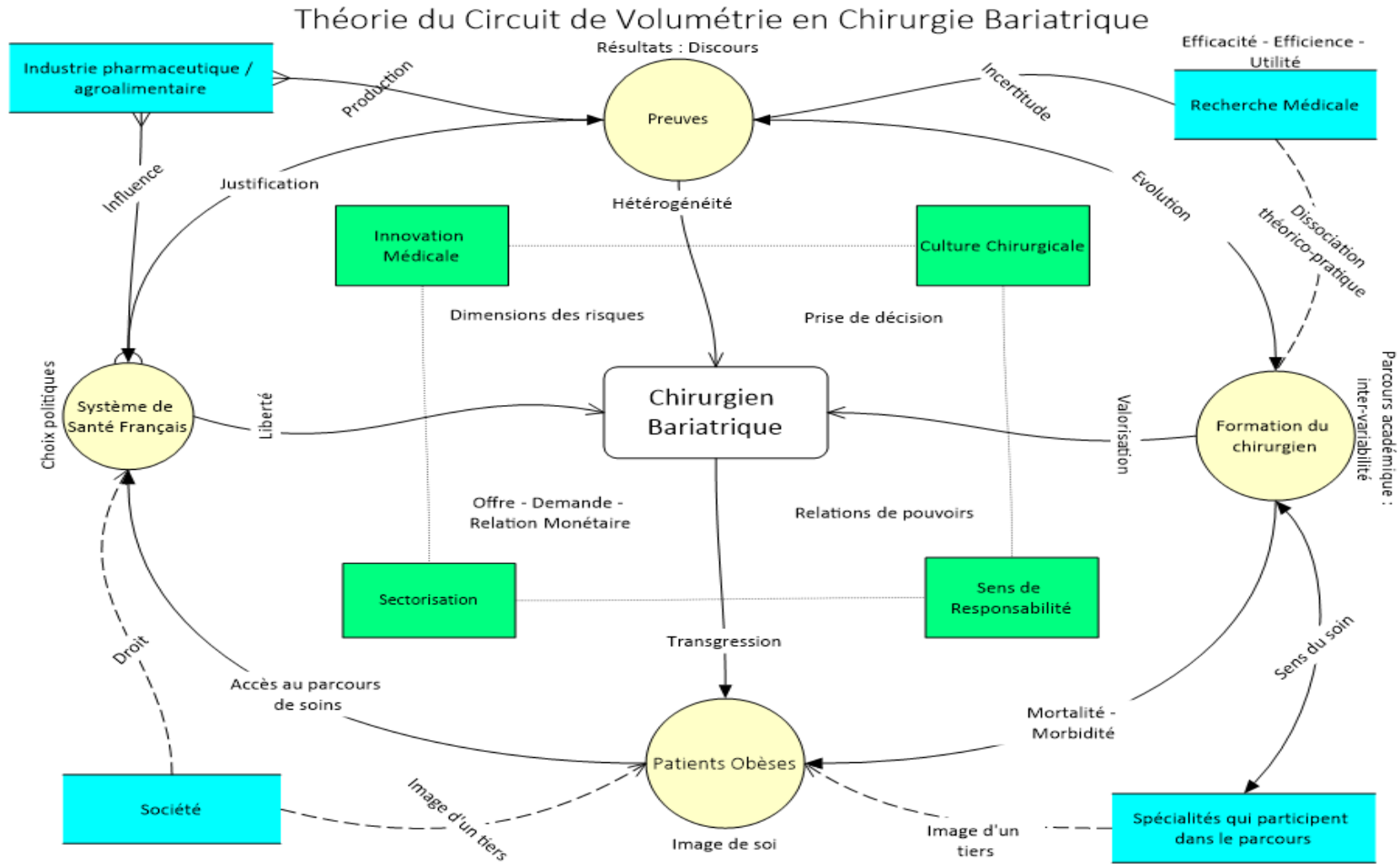
D'autres part, la confrontation existe entre les chirurgiens, une aversion à ce qu'elle pourrait représenter « *un chirurgien dès qu'il voit quelqu'un qui a eu une chirurgie de l'obésité c'est comme s'il avait vu le diable... »* [C10]. Cette confrontation résultait aussi de la liberté d'exercer « *quand on est un peu pionner c'est d'affronter, bah justement on essai les plâtres un peu... »* [C4], puis de l'intérêt réel d'autrui pour prendre en charge ce type de personnes « *la grosse problématique c'est que l'obésité ne passionne personne, n'intéresse personne [...] je parle même au sein de certains de mes confrères de chirurgiens bariatrique, qu'on soit bien d'accord. »* [C12].

Le rapport aux addictions :

Pour avoir accès à la prise en charge chirurgicale de l'obésité, la personne souhaitant être opérée devait être sevrée de tout substance, c'est le vestige du comportement dans l'origine des obésités « *Nous on insiste beaucoup sur les sevrages de toutes les addictions, le tabac, l'alcool, le tout. On n'opère plus les gens qui fument. »* [C1].

Diagramme :

Figure 1 : Théorie proposée par Fabien Mantilla.



Chapitre 2 : Résultats du questionnaire dirigé à la SOFFCO.MM.

Ci-dessous les résultats les plus importants sont présentés mais restent résumés. Tous les résultats bruts et les données croisées sont exposés sous différentes présentations soit dans les résultats (numéro décimal) soit dans les [annexes](#) (numéro romain).

Partie descriptive des résultats :

Des données socio-démographiques :

Le taux de réponse du questionnaire était de 23,9% (78/326 adhérents éligibles).

Par rapport aux tranches d'âges : 36% des participants étaient des praticiens âgés de 30 à 40 ans, suivi de 33% entre 51 à 60 ans et la minorité (22%) qui correspondait à la tranche d'âge entre 41 et 50 ans (diagramme I). Environ 50% des participants avaient une formation en chirurgie viscérale conséquente (interne des hôpitaux, chef de clinique et assistant spécialiste), suivi de 33% qui s'étaient formés après l'internat (diagramme II). Environ 40% des participants avaient été formés à cette pratique hors parcours académique classique (p.ex. : hors de leurs internat - assistanat), dans le cadre d'un diplôme inter-universitaire ; ceux qui avaient été formés uniquement pendant le clinicat ou assistanat (23%) et ceux qui avaient été formés dans des CHU pendant leurs internat et clinicat (17%) (diagramme III). La durée de la formation de cette spécialité, pour un peu plus du 50% de ces personnes, ne durait pas plus de deux ans, dont environ 25% n'avaient pas réalisé une formation de plus d'un an (tableau I).

Pour 71% des chirurgiens, leur mode de formation leur paraissait suffisante pour faire face aux défis de la prise en charge chirurgicale de l'obésité, 15% pensaient que ce n'était pas le cas et 14% que ça semblait suffisant sauf en cas de complications (diagramme IV).

Dans 31% des cas, leur expérience en chirurgie bariatrique dépassait les 15 ans ; 23% affichait une expérience de 3 à 5 ans (tableau II).

Au moment du questionnaire, 63% des praticiens exerçaient uniquement dans le secteur libéral, 18% dans le secteur hospitalier, 15% avaient une activité mixte ; on retrouvait de façon minoritaire, le profil hospitalo-universitaire ayant une activité libérale (3%) et le profil comme hospitalo-universitaire sans activité libérale (1%) (diagramme V).

La chirurgie bariatrique avait été exercée dans le passé : pour une majorité des praticiens (35%) comme libéral uniquement, en milieu hospitalier pure (17%), une combinaison entre les deux secteurs (13%), hospitalo-universitaire avec une certaine activité libérale (9%), ou hospitalier avec une activité libéral (9%) et uniquement comme hospitalo-universitaire (4%) (tableau III).

Des informations sur l'organisation professionnelle :

Par rapport à la diversité de leurs activités on observait deux grands groupes : 18% des praticiens avaient une activité en chirurgie générale et colorectale, 17% des répondeurs avaient une activité en chirurgie générale, colorectale, hépato-bilio-pancréatique et œso-gastrique. On notait que ceux qui décidaient de diversifier complètement leurs activités (chirurgie générale, chirurgie endocrinienne, chirurgie hépato-bilio-pancréatique, chirurgie œso-gastrique et chirurgie colorectale) n'étaient pas les plus représentés (6,4%) (tableau IV).

Le diagramme 6 montrait comment pour la plupart des chirurgiens de cette société savante (37,2%) l'activité bariatrique représentait moins de 25% de leur activité globale, entre 25-50% il y a cinq ans (28%) ou environ 50% de leur activité (15%). Ces proportions diminuaient transversalement pour augmenter d'autres taux d'activité actuellement : 17% et 14% des participants avaient une proportion d'activité bariatrique de plus de 75% et entre 50-75%, respectivement.

Concernant la participation aux études cliniques, 33,3% des participants ont répondu qu'ils ne participaient pas aux études, 26,9% d'autres cas participaient uniquement à l'inclusion de patients aux études (tableau V).

Des données sur l'organisation du parcours de soin :

Le tableau VI exposait le positionnement du chirurgien dans le réseau de prise en charge de l'obésité morbide : dans 22% des cas, les patients étaient adressés par le biais de divers spécialistes (médecin traitant, endocrinologue et nutritionniste) quand ils venaient directement au chirurgien dans 17% des cas. On constatait que les patients n'étaient jamais adressés par un psychologue.

Le diagramme VII montrait que 10% de cette patientèle ne relevait pas des indications chirurgicales selon la HAS (36) selon 6/10 des participants, cette proportion augmentait jusqu'à 33% de refus de prise en charge chirurgicale par manque d'indication pour 3/10 des chirurgiens. Par rapport à la perception des chirurgiens concernant les indications, environ 54% pensaient qu'elles étaient adaptées, quand 37% les trouvaient contraignantes et devaient laisser plus de place au « colloque singulier » (tableau VII).

Pour la prise en charge, 80% des praticiens formaient une équipe pluridisciplinaire de 5 à 10 professionnels de la santé (diagramme VIII). En cas de désaccord face à la décision prise en RCP (diagramme IX), 80% des praticiens décidaient de représenter le dossier, 19% de respecter la décision prise et 1% d'opérer toutefois le patient.

Au décours de l'intervention de chirurgie bariatrique, le suivi à long cours du patient était assuré uniquement par le chirurgien selon 18% des participants, d'un chirurgien associé à un nutritionniste dans 15% des cas, tandis que par une équipe type HAS ou un nutritionniste uniquement dans 7,7% (tableau VIII).

Statistiques sur leurs attitudes au opératoires :

En reprenant les interventions proposées aux patients, on a pu constater que 6% des praticiens proposaient toutes les techniques chirurgicales décrites dans les recommandations françaises ; 28% proposaient trois interventions (BPG, SG, AG) (diagramme X). Ce pourcentage restait élevé (presque 20% des cas) en cas de technique récente (hors recommandations HAS) telle que le BPGO (diagramme X).

L'intervention la plus réalisée pour presque 6/10 chirurgiens et la sleeve gastrectomy, suivie par le by-pass gastrique dans 3/10 cas et du BGO dans 1/10 des cas (tableau IX). Cette analyse montrait qu'il existait un écart entre le type d'intervention réalisée et celle que le praticien considérait comme donnant les meilleurs résultats : 2/10 participants considéraient que la sleeve gastrectomy donnait les meilleurs résultats, tandis que 6/10 adhérents pensaient que c'est le by-pass gastrique et 2/10 sa variation en oméga.

Partie analytique des résultats :

Sur la représentation de l'évidence et sa pratique en chirurgie :

En analysant un éventuel lien entre l'âge du praticien et l'intervention qu'il considérait la meilleure (recommandées par l'instance publique vs technique non évaluée par les instances) on observait qu'il n'existait pas de différences significative ($\chi^2 = 3,38$; ddl : 1) par rapport au choix (tableau 1). De la même façon, il n'existait aucun lien entre l'âge du praticien et le type de technique la plus réalisée ($\chi^2 = 6,071$; ddl : 3).

Le tableau 3 montrait comment dans les trois secteurs (libéral, hospitalier et hospitalo-universitaire) la sleeve gastrectomy était la technique de prédilection et qu'une technique comme le BGPO était réalisée principalement dans le secteur libéral. En ce qui concernait la perception de la meilleure technique, on pouvait observer que globalement le by-pass gastrique était perçu comme une meilleure intervention, que sa version en oméga était mieux considérée dans le secteur libéral et que cette conception de la qualité de la sleeve gastrectomy ne différait pas de plus d'un entre les différents secteurs (tableau 4).

En analysant comment les perceptions des techniques (de prédilection vs celle avec meilleure résultats) s'articulaient, on voyait que ceux qui préféraient la sleeve gastrectomy considéraient néanmoins dans un 30,8% des cas que le by-pass gastrique était la technique présentant les meilleurs résultats (contre 21,8% pour la sleeve gastrectomy en elle-même). D'autre part, on retrouvait 25,6%

des praticiens qui réalisaient une technique comme le by-pass la considéraient comme plus utile et aussi comme sa technique de prédilection (tableau 5).

Le secteur d'activité n'avait pas pu être mis en relation statistique avec le taux de participation à la réalisation d'une étude clinique ($Khi\ 2 = 3,32$; ddl : 1) ; restant néanmoins à savoir que la proportion de participants aux études cliniques était inférieure pour ceux qui travaillent dans le secteur libéral (7/10 qui ne participent pas travaillaient dans ce secteur) (tableau 6).

Le secteur d'exercice n'influçait statistiquement pas la perception des indications chirurgicales ($Khi\ 2 = 0,083$; ddl : 1) (tableau i ; en [ann.](#)). Il était pour autant intéressant de voir que les professionnels qui travaillaient dans le secteur hospitalier pensaient plus fréquemment à restreindre ces indications par rapport aux praticiens dans le libéral (7,7% vs 1,3%). Tandis que c'était dans le secteur libéral (26,9%) où un allègement des indications était considéré d'après les données de tableau 7.

Aucune différence statistique significative ($Khi\ 2 = 0,263$; ddl : 5) n'avait été mise en évidence entre l'expérience et le type de technique chirurgicale préférée (tableau ii). Néanmoins, l'analyse des sous-groupes montrait que ceux qui avaient plus d'expérience tendaient à faire des techniques moins récentes (BPGO et SG) (tableau 8).

En utilisant le tableau 9, on n'avait pas pu mettre en évidence une différence statistique entre le temps d'exercice comme chirurgien bariatrique et le point de vue face aux indications HAS ($Khi\ 2 = 0,13$; ddl : 1). De façon intéressante, le tableau 10 montrait que la majorité des chirurgiens qui considéraient que les indications devraient changer avaient une activité bariatrique représentante plus du 75% de leur activité globale ; indépendamment qu'une différence significative n'a pas pu être mise en place (tableau iii).

Ceux pour lesquels la chirurgie bariatrique ne représentait pas plus de 25% de son activité chirurgicale ils avaient une prédilection pour la sleeve gastrectomy (24,4%) mais ceux dont l'activité était principalement liée à la chirurgie bariatrique avaient une préférence pour le by-pass gastrique (9%) (tableau 11).

Le lien entre le parcours académique et la préférence technique avait été analysé : la plupart des participants avaient été formés à cette pratique hors du cadre traditionnel des études de médecine (p.ex. DU) et leur opinion face à la technique la plus performante s'orientait vers le BPG dans un 21% (tableau iv), cette différence était constante lors de la diversification des lieux d'apprentissage sauf quand elle dépassait 3 lieux (p.ex. internat + assistanat + stages, la SG étant alors la technique préconisée). Le tableau 12 montrait que ceux qui avaient réalisé une formation hors parcours traditionnelle réalisaient plutôt la sleeve gastrectomy avec des différences assez importantes (>15%)

par rapport aux autres techniques, mais lorsqu'un chirurgien passait par un service hospitalier (universitaire ou non) ces proportions des différences de choix diminuaient de manière importante (entre 1,2 à 10,2%).

Tableau 1 : Technique considérée comme meilleure selon l'âge des praticiens.

Age	Techniques considérées		
	BPG ; SG ; DBP/SD	BPGO	Sous-totaux
≥ 51 ans	30,8%	11,5%	42,3%
30 – 50 ans	51,3%	6,4%	57,7%
Sous-totaux	82,1%	17,9%	100%

BPG : By-pass gastrique. ; BPGO : by-pass gastrique en oméga (mini – by-pass). ; DBP/SD : Dérivation bilio-pancréatique / switch duodénal. ; SG : Sleeve gastrectomy.

Tableau 2 : Technique la plus réalisée selon l'âge des praticiens.

Age	Techniques la plus réalisée		Sous-totaux
	BGP + BGPO	SG	
> 60 ans	5,1%	3,9%	9,0%
30-40 ans	10,3%	25,6%	35,9%
41-50 ans	11,5%	10,3%	21,8%
51-60 ans	7,7%	25,4%	33,3%
Sous-totaux	34,6%	65,38%	100%

BPG : By-pass gastrique. ; BPGO : by-pass gastrique en oméga (mini – by-pass). ; SG : Sleeve gastrectomy (gastrectomy longitudinale).

Tableau 3 : Technique préférée en rapport au secteur d'exercice.

Types de techniques	Secteur d'exercice			Sous-totaux
	Hospitalier	Hospitalo-Universitaire	Libéral	
BPG	9,0%	0,0%	20,5%	29,5%
BPGO	0,0%	0,0%	5,1%	5,1%
SG	24,4%	3,8%	37,2%	65,4%
Sous-totaux	33,3%	3,8%	62,8%	100%

BPG : By-pass gastrique. ; BPGO : by-pass gastrique en oméga (mini – by-pass). ; SG : Sleeve gastrectomy.

Tableau 4 : Technique considérée comme la meilleure en rapport au secteur d'exercice des chirurgiens.

Secteur d'exercice	Types de techniques				Sous-totaux
	BPG	BPGO	DBP/DS	SG	
Libéral pur.	37,2%	14,1%	1,3%	10,3%	62,8%
Hospitalier¹+ Hospitalo-Universitaire¹	19,2%	3,8%	2,6%	11,5%	37,2%
Sous-totaux	56,4%	17,9%	3,8%	21,8%	100%

¹avec ou sans activité libérale.

BPG : By-pass gastrique. ; BPGO : by-pass gastrique en oméga (mini – by-pass). ; DBP/SD : Dérivation bilio-pancréatique / switch duodéal. ; SG : Sleeve gastrectomy.

Tableau 5 : Technique préférée face à celle que les chirurgiens considèrent la plus efficace.

Technique efficace	Technique préférée			Sous-totaux
	BPG	BPGO	SG	
BPG	25,6%	0,0%	30,8%	56,4%
BPGO	2,6%	5,1%	10,3%	18,0%
DBP/DS	1,3%	0,0%	2,6%	3,9%
SG	0,0%	0,0%	21,8%	21,8%
Sous-totaux	29,5%	5,1%	65,4%	100%

BPG : By-pass gastrique. ; BPGO : by-pass gastrique en oméga (mini – by-pass). ; DBP/SD : Dérivation bilio-pancréatique / switch duodéal. ; SG : Sleeve gastrectomy.

Tableau 6 : Le secteur d'exercice mis en relation avec l'intérêt ou non de participer à la recherche clinique.

Secteur d'exercice	Participation à la recherche clinique		Sous-totaux
	Non	Participation sous différentes modalités	
Hospitalier¹+ Hospitalo-Universitaire¹	7,7%	29,6%	33,2%
Libéral pur.	25,6%	37,2%	66,7%
Sous-totaux	33,3%	62,8%	100%

¹avec ou sans activité libérale

Tableau 7 : L'opinion des indications HAS confrontée au secteur d'exercice.

Secteur d'exercice	Opinion face aux indications			Sous-totaux
	Laisser moins de libertés ²	Laisser plus de libertés ²	Ne pas changer.	
Libéral pur.	1,3%	26,9%	34,6%	62,8%
Hospitalier¹+ Hospitalo-Universitaire¹	7,7%	10,3%	19,2%	37,2%
Sous-totaux	9,0%	37,2%	53,8%	100%

¹avec ou sans activité libérale ; ² aux professionnels de santé et aux patients.

Tableau 8 : Le type de technique préférée en relation avec le temps d'exercice de la chirurgie bariatrique.

Temps d'expérience	Technique préférée			Sous-totaux
	BPG	BPGO	SG	
< 3 ans	3,8%	0,0%	7,7%	11,5%
> 15 ans	6,4%	3,8%	20,5%	30,8%
10 à 15 ans	5,1%	0,0%	9,0%	14,1%
3 à 5 ans	9,0%	0,0%	14,1%	23,1%
5 à 10 ans	5,1%	1,3%	14,1%	20,5%
Sous-totaux	29,5%	5,1%	65,4%	100%

BPG : By-pass gastrique. ; BPGO : by-pass gastrique en oméga (mini – by-pass). ; SG : Sleeve gastrectomy.

Tableau 9 : L'opinion des indications HAS face au temps d'exercice de la chirurgie bariatrique.

Temps d'expérience	Opinion sur les indications HAS.		Sous-totaux
	Ne sont pas adaptées	Elles sont adaptées	
< 3 ans	5,1%	6,4%	11,5%
> 15 ans	14,1%	16,7%	30,8%
10 à 15 ans	6,4%	7,7%	14,1%
3 à 5 ans	10,3%	12,8%	23,1%
5 à 10 ans	10,3%	10,3%	20,5%
Sous-totaux	46,2%	53,8%	100%

Tableau 10 : Perspective sur les indications HAS et le rapport avec la proportion d'activité que les chirurgiens ont en chirurgie bariatrique.

Proportion de la bariatrique sur l'activité globale	Opinion sur les indications HAS.			Sous-totaux
	Laisser moins de libertés ¹	Laisser plus de libertés ¹	Ne pas changer.	
< 25%	5,1%	6,4%	23,1%	34,6%
> 75%	1,3%	11,5%	3,8%	16,7%
25% et 50%	0,0%	9,0%	14,1%	23,1%
51 et 75%	0,0%	7,7%	6,4%	14,1%
Environ 50%	2,6%	2,6%	6,4%	11,5%
Sous-totaux	9,0%	37,2%	53,8%	100%

¹ aux professionnels de santé et aux patients

Tableau 11 : Relation entre le niveau d'activité en chirurgie bariatrique et le type de technique préférée.

Proportion de la bariatrique sur l'activité globale	Type de technique préférée		Sous-totaux
	BPG + BGPO	SG	
< 25%	10,3%	24,4%	34,6%
> 75%	9,0%	7,7%	16,7%
Entre 25% et 50%	6,4%	16,7%	23,1%
Entre 50 et 75%	3,8%	10,3%	14,1%
Environ 50%	5,1%	6,4%	11,5%
Sous-totaux	34,6%	65,4%	100%

BPG : By-pass gastrique. ; BPGO : by-pass gastrique en oméga (mini – by-pass). ; SG : Sleeve gastrectomy.

Tableau 12 : Lien entre la chirurgie la plus réalisée par le praticien et sa formation académique en chirurgie bariatrique.

Type de parcours académique en chirurgie bariatrique	Type de technique la plus réalisée			Sous-totaux
	BPG	BPGO	SG	
Autres¹	9,0%	2,6%	26,9%	38,5%
CH²	0,0%	0,0%	1,3%	1,3%
CHU³	10,3%	1,3%	11,5%	23,1%

CHU³ + Autres¹	0,0%	1,3%	0,0%	1,3%
CHU⁴	2,6%	0,0%	5,1%	7,7%
CHU⁴ + Autres¹	0,0%	0,0%	1,3%	1,3%
CHU⁴ + CHU³	5,1%	0,0%	11,5%	16,7%
CHU⁴ + CHU³ + Autres¹	2,6%	0,0%	5,1%	7,7%
CHU⁴ + CHU³ + CH²	0,0%	0,0%	1,3%	1,3%
CHU⁴ + CHU³ + CH² + Autres¹	0,0%	0,0%	1,3%	1,3%
Sous-totaux	29,5%	5,1%	65,4%	100%

BPG : By-pass gastrique. ; BPGO : by-pass gastrique en oméga (mini – by-pass). ; SG : Sleeve gastrectomy.

¹stages hors internat/assistantat, DIU/DU, etc. ; ² lors de mon internat ; ³ lors de mon clinicat-assistantat ; ⁴ lors de mon internat.

L'organisation d'exercice de sa pratique chirurgicale :

Le tableau 13 montrait qu'il n'existait pas de différence significative (Khi 2 = 2,361 ; ddl : 4) entre les proportions d'activités en chirurgie bariatrique par rapport au secteur où le chirurgien exerçait, mais il était intéressant de voir comment les écarts de pourcentage du taux d'activité entre secteurs d'exercice étaient plus grands quand l'activité représentait plus de 25% de son activité générale : par exemple 11,5% vs 5,1% entre le secteur libéral et public respectivement, lorsque l'activité en chirurgie bariatrique était plus de 75%.

L'analyse de la relation entre le secteur d'exercice et l'expérience en chirurgie bariatrique est rapportée dans le tableau 14 : avec un temps d'exercice en secteur public de plus de 3 ans, les différences de proportions entre ceux qui travaillaient entre l'un des deux secteurs (publique vs libéral) étaient plus importantes ($\geq 7\%$) et en faveur du secteur libéral, même si aucune relation statistique n'a pu être tirée (Khi 2 = 1,077 ; ddl : 4).

Le tableau v permettait de constater que plus l'activité du chirurgien était diversifiée plus l'écart entre l'exercice dans secteur public (avec activité libérale partielle ou pas) et le secteur privé était important en faveur du secteur privé.

Il existait un point important par rapport au temps de formation : ceux qui avaient aujourd'hui plus de 15 ans de pratique dans cette chirurgie ont eu une formation inférieure à un an ou même de deux ans

(14,1% et 10,3% respectivement) et ceux qui avaient moins d'expérience (< 3 ans de pratique) ne dépassaient pas plus de 3 ans de formation dans ce domaine (tableau 15).

Tableau 13 : Pourcentage de l'activité en chirurgie bariatrique par rapport au type de secteur d'exercice.

Secteur d'exercice	Proportion de la bariatrique sur l'activité globale.					Sous-totaux
	< 25%	Entre 25% et 50%	Environ 50%	Entre 50 et 75%	> 75%	
Libéral pur.	17,9%	16,7%	7,7%	9,0%	11,5%	62,8%
Hospitalier¹+ Hospitalo-Universitaire¹	16,7%	6,4%	3,8%	5,1%	5,1%	37,2%
Sous-totaux	34,6%	23,1%	11,5%	14,1%	16,7%	100%

¹avec ou sans activité libérale.

Tableau 14 : Rapport entre les temps d'exercice de la chirurgie bariatrique et le secteur de travail.

Temps d'expérience	Secteur d'exercice		
	Libéral pur.	Hospitalier¹+ Hospitalo-Universitaire¹	Sous-totaux
< 3 ans	6,4%	5,1%	11,5%
3 à 5 ans	15,4%	7,7%	23,1%
5 à 10 ans	11,5%	9,0%	20,5%
10 à 15 ans	10,3%	3,8%	14,1%
> 15 ans	19,2%	11,5%	30,8%
Sous-totaux	62,8%	37,2%	100%

¹avec ou sans activité libérale.

Tableau 15 : Temps de formation en Chirurgie Bariatrique par rapport au temps actuel de pratique dans ce domaine.

Temps de formation	Temps d'exercice professionnelle.					Sous-totaux
	< 3 ans	> 15 ans	10 à 15 ans	3 à 5 ans	5 à 10 ans	
< 1 an.	2,6%	14,1%	1,3%	1,3%	5,1%	24,4%
> 4 ans	0,0%	2,6%	5,1%	10,3%	0,0%	17,9%

1 à 2 ans.	2,6%	10,3%	3,8%	5,1%	5,1%	26,9%
2-3 ans	3,8%	2,6%	3,8%	2,6%	9,0%	21,8%
3-4 ans.	2,6%	1,3%	0,0%	3,8%	1,3%	9,0%
Sous-totaux	11,5%	30,8%	14,1%	23,1%	20,5%	100%

L'image du parcours de soin selon le chirurgien :

On observait que le temps de pratique à titre personnel influençait la manière dont les individus viennent consulter (tableau vi). Pour les chirurgiens ayant plus de 15 ans d'expérience, les patients venaient directement vers eux (7,7%), pour ceux qui eux une expérience entre 3 à 15 ans le patient venaient d'un parcours antérieur avec d'autres spécialistes (hors psychologue) et ceux ayant une expérience inférieure à 3 ans principalement par le biais des médecins traitants.

Le secteur pouvait aussi influencer le mode de recrutement : dans le secteur libéral, il était plus fréquent (15,4%) de recevoir des patients par le biais d'autres spécialités qui s'intéressent à la prise en charge médicale de l'obésité (sauf le psychologue où avec son choix la proportion diminuait à 5,1%) ou par propre initiative du patient dans 9% des cas (tableau vii). Par contre, dans le secteur hospitalier il était plus fréquent de recevoir des patients après avoir vu leurs médecins traitants (7,7%) principalement (tableau vii).

On percevait aussi leurs opinions par rapport aux spécialités qui devaient garantir un suivi au long terme. Le tableau 16 signalait que c'était dans le secteur hospitalier où ils considéraient que le suivi devrait être fait par l'équipe multidisciplinaire tel qu'il est proposé par la HAS (8,7%). Les praticiens du secteur libéral pensaient que le suivi géré par eux et un nutritionniste était suffisant (17,7%) et c'étaient eux aussi, dans une minorité des cas, qui pensaient que le chirurgien pourrait ne pas faire partie de cette équipe et que le suivi pouvait être géré uniquement par l'endocrinologue (0,4%) ou un nutritionniste (1,2%).

Le tableau 17 étudiait un possible lien entre l'attitude adoptée par le chirurgien en cas de désaccord dans une RCP et son secteur d'exercice. Même si le test statistique fut inférieur à notre règle de décision ($\chi^2 = 1,784$; ddl : 3), on remarquait que la probabilité de représenter le dossier était plus importante si le chirurgien travaillait dans le libéral (50%) ; dans le monde hospitalier c'était aussi l'attitude plus fréquente (27%). Dans ce contexte on remarquait que la différence entre le fait de

représenter le dossier et de respecter le dossier était plus petite dans le secteur hospitalier que dans le secteur libéral (21,8% vs 47,2% respectivement).

Par rapport à la structuration de l'équipe de RCP, on observait que les praticiens du secteur public et du privé structuraient des équipes dans la plupart des cas entre 5-7 professionnels, toutefois dans le privé il était plus probable de trouver des équipes composées de beaucoup plus de professionnels que dans le public (tableau 18) ; aucune différence statistique significative avait pu être retrouvée ($\chi^2 = 1,34$; ddl : 3).

D'autre part, il était plus probable ($\geq 50\%$) de trouver des patients qui ne relevaient pas d'indication chirurgicale dans le secteur libéral que dans le public (tableau 19). Le tableau 20 témoignait de la probabilité plus importante ($\geq 50\%$) d'avoir un patient sans indication chirurgicale au sein d'équipes de minimum 5 professionnels de santé.

Un lien entre le type de formation et le nombre de professionnels que formaient la RCP était évalué. Le tableau viii évoquait qu'il existait généralement une indépendance, mais qu'il était plus fréquent de trouver des équipes plus grandes quand le chirurgien avait été formé hors cadre académique traditionnelle (p.ex. DU).

L'attitude face au cas de désaccord dans une RCP et la perception des indications de la HAS était étudiée. Le tableau 21 dénotait que 42% des participants pensaient que les indications ne devaient pas changer mais ils représentaient aussi le dossier en cas de désaccord, contre 30% qui pensaient que les indications devraient laisser plus de liberté au praticien et au patient et en même temps ils représentaient le dossier.

Tableau 16 : Lien(s) entre le secteur d'activité et le ressenti sur les professionnels qui devraient suivre le patient opéré à long terme.

	Secteur d'exercice			Sous-totaux
	Hospitalier ¹	Hospitalo-Universitaire ¹	Libéral pur.	
Professionnels qui devraient garantir le suivi au long terme				
L'endocrinologue.	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%
Nutritionniste.	0,6%	0,0%	1,2%	1,8%
Chirurgien	3,9%	0,1%	4,0%	8,0%
Chirurgien + l'endocrinologue + le nutritionniste.	0,9%	1,0%	8,5%	10,4%
Chirurgien + l'endocrinologue + le nutritionniste + psychologue.	4,1%	2,2%	1,4%	7,7%
Chirurgien + endocrinologue + psychologue.	0,0%	0,0%	3,2%	3,2%
Chirurgien + médecin traitant.	2,1%	0,0%	0,0%	2,1%

Chirurgien + médecin traitant + l'endocrinologue.	3,4%	0,0%	3,4%	6,9%
Chirurgien + médecin traitant + l'endocrinologue + nutritionniste.	0,0%	0,0%	2,7%	2,7%
Chirurgien + médecin traitant + l'endocrinologue + nutritionniste + psychologue.	8,7%	0,0%	0,7%	9,4%
Chirurgien + médecin traitant + nutritionniste	4,7%	0,0%	6,7%	11,3%
Chirurgien + médecin traitant + nutritionniste + le psychologue.	0,0%	0,0%	11,0%	11,0%
Chirurgien + nutritionniste	1,5%	0,0%	17,7%	19,2%
Chirurgien + nutritionniste + psychologue.	2,4%	0,0%	3,5%	5,9%
Sous-totaux	32,3%	3,2%	64,5%	100%

Tableau 17 : Liaison entre le type d'attitude prise en cas de désaccord dans la RCP et le secteur d'exercice.

Secteur d'activité	Attitude face à un désaccord en RCP			Sous-totaux
	Opérer.	Représenter le dossier.	Ne pas opérer.	
Hospitalier¹	1,3%	26,9%	5,1%	33,3%
Hospitalo-Universitaire¹	0,0%	2,6%	1,3%	3,8%
Libéral pur.	0,0%	50,0%	12,8%	62,8%
Sous-totaux	1,3%	79,5%	19,2%	100%

¹avec ou sans activité libérale.

Tableau 18 : Lien entre le secteur d'exercice et le nombre de professionnels qui composent l'équipe de la RCP.

Nombre de professionnels à la RCP	Secteur d'exercice		Sous-totaux
	Libéral pur.	Hospitalier ¹ + Hospitalo-Universitaire ¹	
< 5 professionnels.	7,7%	2,6%	10,3%
≥ 11 professionnels	7,7%	2,6%	10,3%
5-7 professionnels.	26,9%	19,2%	46,2%
7-10 professionnels.	20,5%	12,8%	33,3%
Sous-totaux	62,8%	37,2%	100%

¹avec ou sans activité libérale.

Tableau 19 : Relation entre le secteur d'exercice du chirurgien et le rapport de patients qui ne relevaient pas d'indication chirurgicale.

Rapport de patients n'ayant pas d'indication chirurgicale	Secteur d'exercice			Sous-totaux
	Libéral pur.	Hospitalier ¹⁺ Universitaire ¹	Hospitalo-	
Environ 1/10.	37,2%	23,1%		60,3%
Environ 1/2.	1,3%	0,0%		1,3%
Environ 1/3.	23,1%	14,1%		37,2%
Environ 2/3.	1,3%	0,0%		1,3%
Sous-totaux	62,8%	37,2%		100%

¹avec ou sans activité libérale.

Tableau 20 : Analyse entre le rapport de patients qui n'avaient pas d'indication chirurgicale et le nombre de professionnels qui conforment la RCP.

Nombre de professionnels à la RCP	Rapport de patients n'ayant pas d'indication chirurgicale				Sous-totaux
	Environ 1/10.	Environ 1/2.	Environ 1/3.	Environ 2/3.	
5-7 professionnels.	25,6%	1,3%	19,2%	0,0%	46,2%
7-10 professionnels.	21,8%	0,0%	11,5%	0,0%	33,3%
< 5 professionnels.	6,4%	0,0%	3,8%	0,0%	10,3%
≥ 11 professionnels	6,4%	0,0%	2,6%	1,3%	10,3%
Sous-totaux	60,3%	1,3%	37,2%	1,3%	100%

Tableau 21 : Relation entre l'attitude face à un désaccord de la décision prise en RCP et la perception des indications HAS.

Perception sur les indications HAS	Attitude face à un désaccord.			Sous-totaux
	Opérer.	Représenter le dossier.	Ne pas opérer.	
Laisser moins de libertés	1,3%	7,7%	0,0%	9,0%
Laisser plus de libertés.	0,0%	29,5%	7,7%	37,2%
Ne pas changer.	0,0%	42,3%	11,5%	53,9%
Sous-totaux	1,3%	79,5%	19,2%	100%

¹ aux professionnels de santé et aux patients.

Cinquième partie : Discussion

Chapitre I : analyse de la théorie proposée : « Théorie du Circuit de Volumétrie ».

Nous abordons l'analyse de la théorie proposée (figure 1, page 68).

Le mot « circuit » implique l'existence d'un parcours (71). Effectivement, nos résultats nous permettent voir qu'entre les différents concepts avancés (fonctionnement du système de soins français, type de formation à la chirurgie bariatrique, type de preuves, le patient obèse) il existe des relations implicites ou explicites influençant le parcours de soins de l'obésité. Il s'agit d'un circuit à trois niveaux. Un premier niveau où tous les concepts avancés ont une influence directe chez le chirurgien bariatrique. Des concepts que le chirurgien mobilisera de manière particulière pour justifier sa position centrale dans le parcours de soins de l'obésité. Une mobilisation des concepts qui impact des manières différentes le patient obèse : déterminant la possibilité (ou non) de pouvoir l'opérer (d'accepter la transgression du corps), lui organisant le parcours préopératoire (les spécialistes à visiter), lui conseillant le meilleur geste chirurgical à faire, lui définissant quel suivi il doit faire, etc. Par ce biais, toute la mobilisation des concepts de la part du chirurgiens (p.ex. les preuves justifient l'efficacité de l'acte bariatrique et l'expérience du chirurgien définit le type de geste à faire) a pour résultante la manière dans le patient se comporte dans le parcours de soins de l'obésité (le poids du circuit tombe sur lui) ; c'est une néantisation symbolique de l'autonomie (65).

Le deuxième niveau du circuit est moins explicite. Il s'articule autour des principales notions avancées par les chirurgiens bariatriques. Ce circuit s'articule par la société qui exerce son droit à être en état de bonne santé pour lequel l'Etat doit déployer tous les moyens disponibles (art. L.1110-1., CSP) ; un état défini par l'OMS de manière vaste qui nous oblige à réfléchir la limite entre le « normal et le pathologique » (61,72,73). La société exerce un regard sur la personne obèse, ayant droit à la santé, c'est la responsabilité de l'individu (regard qui se mobilise par le stigmat) d'accéder à son droit pour se permettre « d'être en complet bien-être physique et mental ». A ce regard du tiers, témoin de la tyrannie de la silhouette, s'ajoute le regard du « bien-être », témoin de la tyrannie du « travailler pour soi pour mieux réussir sa vie » comme proposa Vigarello (5,6,23,24,65). Ce niveau est composé des industriels (agroalimentaire et pharmaceutique) qui influencent les décideurs sous différentes méthodes (p.ex. le lobbying) suggérant à prendre des décisions en politiques de soins qui peuvent soulever des barrières pour la consommation de leurs produits, et influencent directement le monde

médical avec la construction de leurs propres preuves (26,74). La demande et l'offre de soin est de moins en moins « neutre ». La recherche chirurgicale et médicale influence aussi ce niveau du circuit. Elle se présente comme l'outil pour maîtriser l'incertitude des pathologies ainsi que des prises en charges proposées (30,75). Parallèlement, elle marque l'apparition de la « dissociation théorico-pratique » qui limite l'utilité des preuves et est mobilisée différemment par chaque praticien pour justifier les décisions prises dans le parcours de soins de l'obésité, comme on l'analysera dans les chapitres suivants. Ce circuit qui est autour des notions avancées par les chirurgiens se complète par les autres spécialités participant de la prise en charge de l'obésité. Ces spécialités possèdent leurs propres manières de voir l'obésité donnant un sens propre à soigner l'obèse qui choque parfois avec celle du chirurgien et exercent aussi une vision normative chez l'individu obèse.

Le troisième niveau est symbolique, il est résultat de l'interaction entre les niveaux précédents. Pour clarifier ce niveau nous présentons un exemple, celui de la culture chirurgicale qui est un des piliers de ce troisième niveau. La culture chirurgicale est résultat de l'interaction entre l'expérience du chirurgien obtenue pendant sa formation chirurgicale et la manière dont il se nourrit des preuves (construites par la recherche). Cette culture chirurgicale influencera, comme expliqué plus tard, dans la prise de décision pour l'acte bariatrique. La décision prise est influencée par une dimension de risque différente selon le praticien, d'une part par la manière dont il construit sa culture chirurgicale et d'autre part comment il appréhende l'innovation (p.ex. sleeve ou by-pass, types d'anneaux, etc.). Un dernier niveau symbolique mais qui est vital pour comprendre les motivations des chirurgiens bariatriques pour exercer la chirurgie bariatrique.

Le mot « volumétrie » signifie la mesure des volumes (76). On l'utilise comme allégorie puisque dans l'obésité et son parcours tout est mesuré en quantité. L'obèse est obèse si le volume de ses formes est visible ou si son IMC mesuré dépasse un certain seuil (6,8). L'obèse accède au système de soins parce qu'il a un volume de liberté important (p.ex. sans contraintes économiques) toutefois influencé par un nombre (en quantité importante) de regards sociaux. Le chirurgien bariatrique possède aussi un volume important de liberté lui donnant le choix d'exercer à sa manière la pratique bariatrique et de négocier les contraintes ; de limiter le nombre de barrières. Les preuves, mesurées en quantité et qualité, justifient leurs rôles dans ce circuit et peuvent être mobilisées pour justifier le poids (le volume représentant un poids) qu'ont les autres spécialités dans la prise en charge chirurgicale. Leur formation (mesurée en années) et l'expérience (en nombre de patient opérés) donnent d'autre raisons de poids pour prendre une ou autre décision pendant le parcours de soins. Le volume caractérise alors différentes notions de ce circuit. Un volume qui finit par peser (déboucher) dans un seul individu : l'obèse, expliquant sa position inférieure dans le circuit proposé.

Dans les suivants chapitres on développera ces différents concepts composant la théorie proposée.

Chapitre II : modifier leurs sens de leur pratique.

En nous basant sur nos résultats on observe que la chirurgie bariatrique renouvelle le sens de la pratique chirurgicale viscérale. Nous sommes face à la représentation d'un symptôme qui voit converger des phénomènes différents.

Le premier phénomène est le détachement du compagnonnage, qui est très symbolique puisque - indépendamment de la formation théorique - la chirurgie reste un domaine dont le savoir-faire dépasse les notions abstraites. Ce savoir-faire est acquis pendant la pratique, avec l'expérience d'autrui, en observant son propre savoir-faire : la transmission par l'observation (77). Ceci est un symptôme de la transformation du compagnonnage académique en une violence symbolique (rigueur associée à l'humiliation, la tyrannie de la relation, etc.) alors que la chirurgie bariatrique représente une opportunité de détachement de ce symbole et le retour à une certaine indépendance que le compagnonnage limite dans la pratique du chirurgien plus jeune (77). Curieusement, les participants à notre questionnaire en ligne étaient dans la majorité de jeunes chirurgiens.

C'est un symptôme de la perception de la société médicale ainsi que celle de la société face à la chirurgie digestive. Les chirurgiens retrouvent leurs sentiments de valorisation, de leur capital intellectuel et physique, capital émoussé par les changements structuraux du système de santé, débouchant sur des croissantes contraintes temporelles, budgétaires et bureaucratiques (78). Quelle est la vraie place des acteurs dans des conditions d'optimisation et de rationalisation constante lorsqu'on est face à une relation qui implique de se détacher de soi pour s'impliquer avec l'autre ? Quelle doit être la limite à la recherche l'optimisation qui peut se confondre avec la perfectibilité ? C'est un questionnement qui reflète, dans un certain sens, la non-soumission aux preuves (p.ex. les recommandations oncologiques qui réduisent la place du chirurgien à l'acte technique), qui construisent de nouvelles conditions et dynamiques de pratique. Ces chirurgiens remettent en question la véritable valeur des preuves pour permettre de prendre une décision, non nécessairement évaluée dans des preuves construites, donnant plus de valeur à leurs actes, surtout quand il s'agit d'une relation qui possède une proximité particulière, celle de l'autorisation de la transgression du corps (79,80).

Ces contraintes sont accentuées par la surspécialisation d'autres pratiques chirurgicales. Une surspécialisation que la chirurgie digestive ne présente pas, ce qui s'ajoute à des contraintes symboliques fortes face au rôle d'être chirurgien digestif : la probabilité de mortalité due aux pathologies traitées (cancéreuses en bonne partie), une relation patient/praticien réduite aux résultats

du geste (survie ou pas) et pas aux moyens mis en avant dans l'acte, et limitée parfois au plan financier. Elles vont à l'encontre de l'objectif passionnel pensé par le praticien (« sauver », « rendre service », « s'investir dans la relation ») se traduisant par une usure. Une usure contrebalancée lorsqu'ils sentent leur relation avec le patient renforcée de deux manières. Une manière visible parce que l'obèse ne se voit plus obèse, qu'il n'est plus vu comme obèse, et par causalité remercie le chirurgien. Une manière invisible par l'impact dans des dimensions non-mesurées consciemment par la personne opérée (p.ex. diminution du traitement de l'hypertension). Ces deux manières de ressentir et vivre les résultats de la prise en charge chirurgicale de l'obésité renversent le statut quo de fatalité des autres prises en charge en chirurgie digestive (possible mort sur la table d'opération), ainsi que le vécu de « non-relation » établie dans des situations d'urgences qui sont rares en bariatrique (81).

Enfin, cette valorisation permet une mise en cause des relations de pouvoirs et des rôles prépondérants dans la relation de soins. La chirurgie bariatrique a octroyé au chirurgien le rôle principal dans la prise en charge, le patient et ses confrères se regroupant autour de celui qui réalise l'acte chirurgical : les examens préopératoires sont faits pour affirmer que le patient est un bon candidat à l'acte chirurgical (p.ex. un parcours long pour s'assurer de bien le connaître). Ce qui nous permet aboutir dans un enjeu assez particulier de cette prise en charge : la construction du « patient idéal » (p.ex. faire de l'exercice physique pour maigrir préalablement à la chirurgie) (65). Le patient est confronté non seulement à son propre poids, qui doit être dans les « clous » des indications, mais par ailleurs il se retrouve face à d'autres obligations à remplir s'il veut être opéré. Le chirurgien peut mettre en cause un type de prise en charge alternative (p.ex. l'utilité d'une prise en charge nutritionnelle préalable). Il peut mettre en cause la décision finale de la RCP : c'est lui qui dirigera le geste opératoire. Quel avenir alors pour cette forme de multidisciplinarité ? Dans la période postopératoire, le chirurgien décide du suivi de son patient (la durée, la fréquence), donc du type de rapport qu'il souhaite entretenir lors de cette prise en charge (*in fine* avec le patient). Il décide de la constitution de son équipe de suivi : la faible représentation souhaitée des psychologues d'après le questionnaire est synonyme d'une conception différente sur l'obésité (conception comportementale vs de surconsommation). C'est le renversement de « l'habitus médical » et le questionnement sur le véritable intérêt des démarches installées pour réguler la pratique (comme la RCP) (30,82-84).

Ces notions convergent vers une nouvelle valorisation de leur pratique, témoignant d'une nouvelle perception du soin : sous couvert d'un impact direct sur la mortalité et morbidité, et par continuité, la qualité de vie doit être théoriquement améliorée. Ce raisonnement est remis en cause lorsque d'autres spécialités obligent à penser le corps d'autres dimensions (sexuelle, image de soi, confiance en soi, système de récompense, etc.) où les résultats de la prise en charge bariatrique sont inconstants. Ce décalage dans le sens des soins entre spécialités et la dite multidisciplinarité qui devrait accompagner le suivi du patient, ramène à nos résultats : il est étonnant de voir que la psychologie n'était pas dans

les premières options dans notre enquête pour le suivi sachant que divers troubles psychiques ultérieurement à cette chirurgie ont été décrits (85–90).

Chapitre III : diversifier leurs rôles dans la pratique.

La chirurgie bariatrique se vit comme un domaine vierge qui peut donner source à un nouveau savoir. Indépendamment de la construction de ce savoir, qui serait une autre problématique, on peut voir que la chirurgie bariatrique accorde un degré de prestige, de reconnaissance ainsi que d'expertise par rapport à différents interlocuteurs : la communauté médicale, les profanes et les pouvoirs publics. La chirurgie est instrumentalisée à d'autres fins : la recherche clinique et la notoriété académique. C'est la construction du discours proposée par Michel Foucault : un enclos qui peut être difficilement mis en cause, qui assure la nécessité de passer à travers ces barrières pour avoir accès soit au savoir mis en place soit aux résultats de ce savoir (91). Par conséquent c'est une spécialité qui se rend indispensable à autrui (91,92).

Dans ce même sens, nous observons une adaptation de la position et du savoir créés par le chirurgien, établissant une justification légitime à son rôle dans l'obésité (91) : l'obésité est une épidémie qu'il faut combattre, rendre service est déontologique. Concernant cette notion, tous les participants de l'étude ont avancé le risque du nombre disproportionné d'actes : cette pratique influence les profanes en les réduisant à des consommateurs de soins. C'est l'éthique de responsabilité (assomption des conséquences de la pratique et de son essor) qui lutte contre l'éthique de conviction (c'est la meilleure solution actuellement de cette épidémie) (92). La superposition des connaissances produites en chirurgie bariatrique et celles d'autres spécialités donne un rôle prépondérant au chirurgien comme déjà discuté ; c'est un fait lié à l'évidence scientifique créée par ce même corpus et ses propres experts « auto-construits » qui viennent produire ces propres spécialistes, tel que décrit par Weber (92).

Parallèlement, la genèse de preuves, la « chirurgie expérimentale », devient source de justification de la pratique au sein d'une institution. Cette justification est la manière d'instrumentaliser des savoirs par les institutions, afin de les rendre ou non légitimes dans une dynamique permanente d'encadrement, d'administration et de rationalisation (phénomène selon Weber de « cage d'acier » de sa traduction de l'allemand « stahlhartes Gehäuse ») (32,92–94).

Parallèlement, concernant la disponibilité des chirurgiens à contribuer à la recherche, existe-t-il une perte d'opportunité pour la société avec des chirurgiens qui opèrent mais qui ne participent pas aux études ? Une majorité des participants de la SOFFCO.MM. a répondu qu'elle ne participe pas aux études cliniques. Cette interrogation est légitime, dans une activité dont les preuves restent

hétérogènes et discutables, qui se pratique de plus en plus, et dont le degré d'incertitude est élevé (types de techniques ou non à utiliser, risques possibles...). Ou, dans le sens d'amélioration d'un suivi postopératoire si fragile, doit-on avoir une attitude utilitariste pour engendrer des preuves avec ceux qui sont opérés ? Est-ce une perte d'opportunité de la société – par là-même, pour la chirurgie - de connaître comment évoluent la pratique et les personnes opérées ? Est-ce un acte de contrôle total ou une volonté de transparence ? Surtout, dans une chirurgie où la minimisation du geste technique (p.ex. d'un by-pass à by-pass en oméga ou un SADI...) est toujours d'actualité, la question de la frontière entre l'acte chirurgical et la chirurgie expérimentale est pleine de sens : cette frontière existe-elle ? (32,94).

La chirurgie bariatrique représente, avec la tarification à l'acte, une opportunité financière importante. Elle dérive dans une concentration de l'activité chirurgicale, comme nous l'a fait parvenir différents interviewés et les réponses correspondantes à un taux d'activité en chirurgie bariatrique de plus en plus important dans les derniers 5 ans selon les participants au questionnaire. Une concentration d'activité qui rend flou la division symbolique entre motivation déontologique et motivation financière (95). Est-il nécessaire ? Le fait que cette motivation financière risque de mobiliser une appréhension sous-estimée aux risques opératoires et postopératoires, et une élection du geste opératoire par sa simplicité (et non par le choix du patient, ses comorbidités...) rend alors effectivement nécessaire de savoir de quelle manière l'argument financier surpasse celui de l'altruisme. L'argument financier est supposé améliorer la qualité des soins et apaiser les dépenses publiques, malheureusement comme discuté elle peut aller à leurs encontre (55,84,96). Une encontre aggravée par la pression administrative chez les praticiens menaçant l'autonomie du praticien, son bien-être au travail et par conséquent de la qualité du service rendu (97). D'autre part elle crée une problématique de différenciation entre les secteurs (public/privé) et de réduire la pratique bariatrique à son taux de rémunération (55).

D'autre part, le secteur public est vécu comme étant plus contraignant, avec différents arguments comme la complexité (lourdeur...) du patient. La différence de l'acte ne provient pas alors de l'acte en soit mais du patient qui représente des défis plus importants au niveau chirurgical. On observe que la valorisation monétaire est basée automatiquement sur le secteur (public/privé) sans nécessairement penser aux missions spécifiques de chacun, donc ne donnant pas la place à la capacité du praticien de prendre en charge un patient qui a besoin d'aptitudes spécifiques comme un argument de paiement (le patient ayant les comorbidités les plus lourdes, dont la chirurgie est la plus à risque, n'aura pas une valorisation financière en adéquation avec ces risques). La médecine est alors vécue comme ayant deux vitesses, appliquée aux patients mais aussi aux praticiens, et débouchant sur une différence de

qualité et de service rendu – par la probabilité d’avoir des conflits d’intérêt sur l’acte pratiqué - et pour autant devenant un facteur de confusion du sens de l’acte médical (p.ex. bienfaisance) (96,97).

Chapitre IV : présenter des résultats concrets.

La chirurgie bariatrique se mesure de deux manières : la manière visible qui correspond au changement de l’image corporelle du patient et la manière invisible qui correspond à des faits plus difficilement mesurables (p.ex. perception de soi). Les chirurgiens nous ont fait remarquer que la partie visible des résultats de cette chirurgie permettait l’essor de celle-ci et motivait sa pratique puisqu’ils observent ses résultats (vécus comme propres). Par ce biais, le sens de cette chirurgie peut être repensé, si elle est fonctionnelle comme proposée ou prédomine-t-elle dans l’aspect esthétique, sens qui est sûrement décalé et associé à la stigmatisation du corps, montrant aussi que certains obèses opérés ne vivent pas nécessairement leurs obésités comme une maladie mais comme une déformation de l’image du corps (98). Ce décalage provoque une augmentation plus marquée de la demande de soins, comme nous l’ont proposé la totalité des praticiens. Ce décalage est potentiellement source d’effets pervers : cette chirurgie peut être perçue comme « palliative », en ne changeant pas le problème réel (l’obésité) mais indirectement ses conséquences, elle aboutit à perpétuer le circuit « d’alimentation – prise de poids – recours à la chirurgie – perte de poids – alimentation – risque de regagner du poids » (surtout si ce n’est pas le « patient idéal » décrit), devenant un argument de médicalisation et de non-pérennité d’un état d’un point de vue médical, de ses propres complications et des complications de la prise en charges en bariatrique, comme l’analyse le philosophe français J.P. Dupuy sur la vision du sociologue autrichien Ivan Illich par rapport à « l’expropriation de la santé » (65,99). Aussi, la résultante d’acceptation d’un stigmaté de la personne qui vit et de celle qui la voit, comme décrit E. Goffman, se développe à tel point que le sujet subissant se trouve face à la tragédie de la vivre son rôle (déterminé par un autre) de manière répétitive, ou comme le proposa Camus ; vivre dans l’absurde demande de se détacher de l’espoir de revenir à un état zéro (24,100). Le risque d’autodépréciation de la chirurgie bariatrique instrumentalise la « normalisation de la déviance corporelle » (l’historien Gendron J-P) (6,42,101). Enfin, les chirurgiens sont conscients de l’impact inégalitaire entre sexe, et certaines institutions (p.ex. la direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques, Drees) expliquent que les femmes intègrent plus facilement des comportements de santé ; leur image de gestionnaire au sein de la famille invite à un rapport plus personnel, plus proche quant aux informations de soins, qui pèsent sur le taux d’accès aux soins (60). Explication intégrant l’interprétation de « l’habitus » de Bourdieu (« leur image au sein de... ») et son incorporation à une

rôle mental donné (« intègrent plus facilement des comportements... ») justifiant un comportement social spécifique, comme l'analyse Martínez García (102).

D'autre part, elle permet d'imposer une dynamique qui favorise l'industrie de la perte de poids : en assurant qu'il y ait des personnes qui prennent du poids, on assure la demande a posteriori de cette industrie (103). Une industrie qui se pérennise par le manque d'adaptation aux nouvelles conditions d'abondance alimentaire perpétuée par une l'industrie agroalimentaire. L'impact nutritionnel ne touche pas toutes les classes sociales de la même façon, créant alors des nécessités d'adaptations inégales, une adaptation mesurée par le poids de l'individu, créant alors des poids (définissant un individu) « hors-normes » qui nécessitent une chirurgie bariatrique (26,42,61). La chirurgie bariatrique continue donc d'entretenir des inégalités sans rendre le système plus équitable, seule condition d'après Rawls de justifier une inégalité (65,104).

La notion « d'organe sain » liée à la chirurgie bariatrique peut être aussi analysée. La question de la transgression est résolue en chirurgie, mais celle de l'ablation ou de la modification des organes qui théoriquement sont sains engendre un malaise, qui est à la base des concepts tels que « la réversibilité », « le recours », « l'ajustabilité » qui ont un sens pratico-médicale mais aussi un sens symbolique : on peut « toujours » revenir en arrière. Ce décalage qui est connu chez le donneur vivant en transplantation d'organe et la perception d'un acte sur un sujet et organe sains imposent d'envisager n'importe qu'elle autre mesure avant la chirurgie (105,106).

La comparaison à la chirurgie cancérologique est aussi intéressante pour analyser le sens de la chirurgie bariatrique face à ses moyens et objectifs. Les deux chirurgies ont pour objectifs de diminuer la morbi-mortalité grâce à des gestes chirurgicaux comportant des risques, les indications devant être validées lors de présentation en RCP. Mais la chirurgie bariatrique, à la différence de la chirurgie cancérologique a besoin d'une entente préalable, démarche qui est principalement imposée aux gestes esthétiques. La traduction de ces contraintes administratives semble antinomique : cette chirurgie a un impact dans la survie du patient mais elle à une démarche administrative comme si l'objectif était esthétique, produisant un choc du sens des soins et de sa priorité entre les chirurgiens et les décideurs. On peut alors y voir une stigmatisation supplémentaire du patient obèse par rapport au patient cancéreux, contraint de démontrer l'enjeu n'est pas esthétique mais bien celui de sa survie ; une stigmatisation de la chirurgie bariatrique (comme le proposa un chirurgien interviewé), obligée de démontrer qu'elle cible le contrôle des comorbidités bien plus que la silhouette. Toutefois, la lutte contre la stigmatisation du patient obèse et de cette spécialité relève d'un caractère éthique, au moins pour tous les patients pour lesquels la chirurgie bariatrique est l'unique solution actuelle de l'obésité caractérisée comme étant « morbide ».

Chapitre V : possibilité d'adaptation permanente du parcours à l'organisation du système de soins.

Comme le proposa Castel, les soignants s'organisent de façon à pouvoir négocier leurs pouvoirs et leurs rôles dans le système de soins, négociation qui s'opère à différents niveaux : macrosociologique (p.ex. entre institutions de soins), mésosociologique (p.ex. entre spécialités médicales) et microsociologique (p.ex. prise de décision entre un patient et son médecin) (84).

Macrosociologique : Le chirurgien bariatrique et le « choix » de la chirurgie bariatrique...

La facilité d'accès aux soins est vécue comme relative aux pouvoirs publics, les chirurgiens ne faisant que répondre à ce « choix politique », limitant la « responsabilité » que le monde médical a sur la production de soins. Se décrivant comme passifs face à ce phénomène, ils opposent implicitement deux conceptions provenant de savoirs différents : « l'altruisme » médicale face à la « demande induite ». Comment réussi-t-on à les différencier ? Questionnement important dans un contexte de libéralisation des soins (monétisation des coûts), d'optimisation permanente des processus (p.ex. soins ambulatoires plus fréquents) provoquant une certaine sensation d'abandon chez le soigné, et à l'accès à une information de plus en plus vaste et divergente (95).

La conception économique des soins était toujours une partie importante des réflexions des professionnels bariatriques : les études médico-économiques mettent en évidence un rapport coût-utilité. De manière systématique, ce concept est intégré en cas de non prise en charge de l'obésité : c'est une manière selon eux de justifier (et de pas limiter) les prises en charge (pouvant être vécue comme acte d'irresponsabilité des pouvoirs publics), c'est une réflexion qui devient de plus en plus automatique, tel que déjà étudié par Owen dans le contexte de soins anglais (107). Ce qui met en perspective la permissivité dans la construction du savoir de cette spécialité des concepts « d'utilité », « d'efficacité » et « d'effectivité » risquant de réduire la réflexion concernant cet acte à cela, aboutissant à la question de la véritable place de l'analyse médico-économique dans le choix d'une prise en charge.

Toutefois, ce concept de coût reflète une réflexion incomplète, comme pointe la CNAM, la Courte de Comptes et des économistes. Ce sont des analyses qui ne tiendraient pas compte des chirurgies de recours, des prises en charges de complications non chirurgicales qui sont déjà décrites dans la littératures et qui ont des limites pour la prise de décision au niveau social (56,108–111).

Mésosociologique : Le chirurgien bariatrique et sa place dans le parcours de soins...

Nous avons déjà décrit comment les chirurgiens, selon le secteur, se perçoivent et perçoivent ceux d'autres secteurs, diversifient leurs rôles et se valorisent dans cette pratique. Ces différences subtiles s'inscrivent dans la notion de « liberté » qui les influence de manière différente selon le secteur. Cette notion de liberté est prépondérante dans le système privé, garantissant l'autonomie organisationnelle du chirurgien par rapport à l'institution et ses confrères indépendamment de la spécialité et de sa liberté de pratique. Cette liberté est perceptible dans les résultats obtenus dans l'enquête directive : avec plus de chirurgiens dans le système privé, le nombre de praticiens qui faisaient partie de la RCP était plus grand et la probabilité de diversifier les types d'actes chirurgicaux plus importante (pouvant être favorisée par l'écart du compagnonnage). De ce fait, un déséquilibre d'activité entre les secteurs était attendu par rapport au nombre d'actes (comme exposé par différentes instances) ou du type d'acte préféré selon secteur (comme notre enquête et celle des instances concordent), comme symptôme de la contrainte appliquée dans les réformes du système de soins, allant à l'encontre des objectifs de réduction des inégalités de santé (entre secteurs, géographiquement, etc.), et de l'absence à des réponses idéalement souhaitées (p.ex. besoins de plus de nutritionnistes), ouvrant la porte alors à des comportements inappropriés (p.ex. limitant le suivi au médecin traitant, limiter les fréquences du suivi, faire des actes qui prennent peu de temps pour répondre à la demande, etc.), légitimant donc leur pratique et décisions selon les moyens disponibles (84,112). Le risque d'inaction du suivi face à un acte qui n'est pas urgent existe-t-il ? Est-il pertinent alors de prendre ce risque ? L'immobilisme peut se présenter lorsqu'on trouve des positions opposées par rapport à la place que les praticiens veulent occuper dans ce suivi postopératoire : choix qui s'articule autour de l'autonomie et des choix du patient, justifiant leurs attitudes dans le suivi selon le comportement du patient (risquant de se déresponsabiliser totalement), ou la position qui s'articule autour de la non-malfaisance (dont la restriction de liberté limite les risques ultérieurs) se confondant à un paternalisme médical (65). Les chirurgiens qui prennent la première position exercent principalement dans le secteur privé et la deuxième position dans le secteur public, montrant des attitudes prises potentiellement liées au secteur d'activité et bouleversant la conception selon laquelle le paternalisme chirurgical est l'attitude la plus fréquente. L'attitude s'adapterait selon des contraintes d'organisation (entre secteurs, entre spécialités, entre confrères) de la spécialité (113).

Microsociologique : Le chirurgien bariatrique, le patient dit obèse et la prise de décision...

Concernant la prise de décision, celle-ci est remise en cause : on peut discuter perception sur un possible allègement des indications chirurgicales, la tendance à conseiller selon leur expertise et la nécessité d'opérer face à celle ressentie par le patient. On note qu'il n'existe pas de « neutralité » face à l'application du savoir (face aux preuves qui essayent d'homogénéiser la pratique). L'hétérogénéité

des preuves est mobilisée de manière différente selon le chirurgien pour justifier son geste ce qui montre une dissociation entre perception des preuves et mise en pratique lors de l'acte ; nos résultats ont montré que la chirurgie la plus réalisée par les chirurgiens de la SOFFCOMM.MM. n'était pas celle qu'ils considéraient comme ayant les meilleurs résultats. Ces résultats semblent mettre en évidence le gap entre la médecine et les statistiques, ainsi que les limites des preuves dans leurs applications (114–117).

D'autre part, la dissociation théorico-pratique invite à s'interroger sur cette « non-neutralité ». Cette partialité est cohérente avec la liberté du praticien de choisir la technique à réaliser, mais qui par continuité va se justifier et influencer le patient et par continuité sa prise de décision. D'autant plus qu'il existe d'autres facteurs déjà évalués (p.ex. intuition) qui prévalent indépendamment du désir du patient pour la prise de décision en chirurgie (118). Cette partialité peut peser dans l'autonomie du patient, ou sa liberté, à prendre la décision à plus forte raison car sa décision est déjà décrite comme étant prise bien avant la consultation auprès de son chirurgien bariatrique (65,119).

Il est intéressant de voir que les chirurgiens pensent que l'information délivrée aux patients est suffisante et que leur compréhension (au sens anglais « *literacy* ») leur permettra d'appréhender la chirurgie à faire ; deux hypothèses remises en cause en chirurgie et en chirurgie bariatrique (119,120). Un chirurgien a toutefois remis en question le type et la qualité d'information, exposant des défis à relever par rapport à l'information donnée ; défis néanmoins rappelés par le code déontologique et la loi Kouchner (39,121). D'autre part, il est intéressant de voir comment les chirurgiens mobilisent des notions qui influencent la prise de décision : temporalité de l'acte, facilité de l'acte, confort postérieur du patient et confort du suivi pour le chirurgien (p.ex. selon le niveau de compréhension des risques et de la disponibilité pour le suivi). Ce constat impose deux réflexions. D'une part, le type de suivi est décidé par une balance de « confort de l'acte/risques de l'acte » ce qui ne va pas nécessairement dans le sens proposé par la société savante et instances, donc la déconstruction pour l'adaptation individuel d'un processus dit collectif (36). D'autre part, la position du patient est caractérisée par les chirurgiens comme non-responsable si la sensation du « bien-être » influence le fait de ne plus continuer le suivi, mais est au contraire justifiable si c'est déterminé par le chirurgien lui-même. Donc il existe un décalage dans la perception et ressenti des risques entre praticiens et profanes, l'appropriation de la « non-rationalisation » d'une décision qui contraint à s'interroger à nouveau sur le sens de cette chirurgie (30,122).

Chapitre VI : limites de l'étude.

Il s'agit d'une double méthode qui comprend différents biais.

Le biais de recrutement puisque ce sont les personnes intéressées qui ont participé : certains entretiens ont été faits grâce à un contact direct d'un chirurgien bariatrique vers un autre chirurgien, et que la population de la SOFFCO.MM qui a répondu au questionnaire provenait majoritairement du secteur libéral ne représentant forcément ce groupe ni les chirurgiens bariatrique de France.

Un biais de mémoire au moment quant aux activités et parcours passés, pouvant limiter la qualité ainsi que la véracité de l'information. Enfin, l'absence de praticiennes, la chirurgie a été déjà proposée comme étant vécue, pensée et réfléchi d'une manière très différente par elle, un sens que malheureusement pour ce travail (bienheureusement pour des futuribles) n'a pas pu mettre en valeur (123).

D'autre part, la force statistique des résultats n'a pas été importante - possiblement associé à une faible puissance - et le croisement des données numériques risquent de ne pas représenter des réalités.

Chapitre VII : questions ouvertes proposées.

Le vécu de cette chirurgie par le patient pourrait permettre de connaître ses motivations et étudier comment se négocier entre celles du praticien. L'analyser de la qualité de la relation établie entre le patient et le chirurgien bariatrique pourrait permettre de déterminer l'influence dans le parcours de soins, par l'accessibilité donnée au patient, pour essayer de comprendre les enjeux de la chirurgie et si cette dynamique impacte et de quelle manière le suivi a posteriori ou tout simplement la décision prise en charge (84).

Permettre de se demander s'ils se sentent préparés pour répondre aux dimensions éthiques qui débouchent de cette pratique (p.ex. tourisme médical) pourrait nourrir à comprendre encore plus les motivations.

S'intéresser pour les points de vue et représentations des autres spécialistes faisant partie de l'équipe multidisciplinaire pourrait nous aider à comprendre l'essor de l'activité bariatrique en France.

D'autres questions de l'ordre de la précaution de ne pas opérer des personnes âgées de plus de 60 ans, connaissant les arguments scientifiques favorisant cette chirurgie, et la non-recommandation systématique de prise en charge des mineurs en cas d'obésité peuvent montrer une perception différente sur cette pratique chirurgicale (124).

Conclusion

Cette étude, qui comprend ses limites et dont l'objectif n'est pas l'extrapolation des résultats, invite à penser la chirurgie bariatrique d'un point de vue spécifique, celle du chirurgien bariatrique. Elle invite à réfléchir ses motivations et à les déconstruire d'un point de vue qui évalue les composantes éthiques.

Elle invite à penser la chirurgie bariatrique comme une autre source de normalisation et normativisation de la notion de l'obésité. Une invitation motivée par la bienfaisance médicale.

Cette motivation se veut juste : elle se décline en souhaitant combattre la surconsommation alimentaire, les inégalités sociales et l'impact qu'elles ont sur le corps biologique. Néanmoins, cette motivation nous à imposer de remettre en question le sens de cette justice proposée.

Cette motivation se justifie au nom de preuves qui sont mobilisées de manière spécifique et variée par chaque praticien pour fonder leurs prises de positions : par rapport aux instances et aux institutions du système de santé, par rapport aux autres spécialités qui prennent en charge l'obésité, par rapport aux profanes, par rapport aux autres chirurgiens bariatriques et par rapport aux patients. Une motivation qui se confond entre une éthique de discussion ou de conviction face à celui de responsabilité.

Cette motivation se légitimise par la valorisation de leur pratique et du sens d'être chirurgien. Une valorisation apportée par une amélioration technologique qui change l'appréhension du risque de la transgression du corps, un corps stigmatisé dont le geste chirurgical permet une libération. Une valorisation qui est apportée par la chirurgie à des fins académiques, dont les frontières avec la prise en charge standardisée sont floues ; le sujet est pensé comme malade et source de preuves.

Une motivation qui s'exprime comme une liberté de pratique retrouvée dans un rôle prépondérant d'une prise en charge. Une motivation risquant de contraindre le rôle des autres spécialités dans le parcours de prise en charge de l'obésité, ainsi que celui du patient dans la prise de décision d'opérer, du geste à faire, de la période préopératoire et de la modalité du suivi à faire.

Enfin, les motivations sont variées et ne se limitent pas à lutter contre l'obésité. Chacune mérite une réflexion particulière pour dévoiler ses défis éthiques. Les questions ouvertes proposées, qui restent des réflexions non abordées dans ce sujet, peuvent apporter d'autres points de vue et nourrir la réflexion pour (re)penser la chirurgie bariatrique.

Liste des abréviations

AG : Anneau gastrique.

ann. : Annexe(s).

art. : article

BPG : By-Pass Gastrique.

BPGO : By-Pass Gastrique en Oméga (mini – by-pass).

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie.

CONSORT : de l'anglais CONSolidated Standards Of Reporting Trials.

CSP : Code de Santé Publique

CSO : Centre Spécialisé en Obésité.

DBP/SD : Dérivation Bilio-Pancréatique / switch duodéal.

ddl : degré de liberté.

Drees : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques,

HAS : Haute Autorité de Santé.

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales.

ICER : incrémental ratio coût efficacité (de l'anglais, ICER)

IDEAL : de l'anglais Ideal, Development, Assessment, Long-term follow-up.

IFSO : dans le français, Fédération Internationale pour la Chirurgie Bariatrique.

IMC : Indice de Masse Corporelle.

IQSS : Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

p.ex. : par exemple.

QALY : de l'anglais, années de vie pondérées par la qualité.

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire.

SADI : Single Anastomosis Duodéno-Iléal.

SG : Sleeve Gastrectomy (gastrectomie longitudinale).

SOFFCO.MM : Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques.

Glossaire

Anastomose : communication naturelle ou créée chirurgicalement entre des structures creuses ou pleines.

Dictionnaire médical en ligne de l'Académie de Médecine, version 2019.

Chirurgie : toute action manuelle, grâce aux techniques, procédés et méthodes, directe sur le corps humain. Indépendamment qu'elle nécessite ou pas des instruments.

Dictionnaire médical en ligne de l'Académie de Médecine, version 2019.

Facteur de risque : attribut, caractéristique ou exposition augmentant les chances de souffrir une maladie.

OMS. Thèmes de Santé Visité le 02.06.19.

Embonpoint : avoir de la corpulence, une personne ayant un peu de gras.

Dictionnaire Larousse en ligne. Visité le 26.05.19.

Endobrachyœsophage : changement à niveau structurel du tissu cellulaire au niveau bas de l'œsophage comme résultat de différentes pathologies (p.ex. reflux gastro-œsophagien). Elle doit être considérée comme potentiellement cancérogène.

Dictionnaire médical en ligne de l'Académie de Médecine, version 2019.

Gastroplastie : intervention qui consiste à modifier anatomiquement l'estomac dans le but de réduire sa capacité.

Dictionnaire médical en ligne de l'Académie de Médecine, version 2019.

Goutte : accumulation anormale de cristaux d'urates (produits de la dégradation des nucléotides puriniques provenant du métabolisme des protéines) à niveau des articulations.

Dictionnaire médical en ligne de l'Académie de Médecine, version 2019.

Humeur : ancien terme qui désignait les liquides organiques. Du latin *humor* qui veut dire liquide.

Dictionnaire médical en ligne de l'Académie de Médecine, version 2019.

Laparoscopie ou cœlioscopie : technique chirurgicale qui consiste à la visualisation directe de la cavité abdominale grâce à un endoscope introduit dans l'abdomen.

Dictionnaire médical en ligne de l'Académie de Médecine, version 2019.

Morbidité : état n'étant pas celui de la santé (physique et psychologique) analysé de manière subjective ou objective.

Dictionnaire médical en ligne de l'Académie de Médecine, version 2019.

Pathologique : relatif à un comportement ou un état qui peut être assimilé à la maladie.

Dictionnaire Larousse en ligne. Visité le 03.06.19

Positiviste : relatif au courant du positivisme proposé par Auguste Comte ; les connaissances découlent de l'observation et de l'expérience, seuls faits qui peuvent avoir une valeur universelle.

Dictionnaire Larousse en ligne. Visité le 29.05.19

Subculture : culture spécifique à des individus dans un groupe donné qui les différencie des autres groupes donnés.

Dictionnaire Larousse en ligne. Visité le 01.06.19

Volume : espace occupé par un corps ou un objet. La quantité globale de quelque chose.

Dictionnaire Larousse en ligne. Visité le 03.06.19

Bibliographie

1. Dictionnaire de français Larousse. Obésité [Internet]. [cité 26 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/obésité/55348>
2. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL). Définition de Obésité [Internet]. [cité 26 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/obésité>
3. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL). Etymologie de obésité [Internet]. [cité 26 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/etymologie/obésité>
4. Hebdige D. Subculture: The meaning of style. Taylor & Francis Group; 2002. 206 p.
5. Vigarello G. Les Métamorphoses du gras. Seuil. 2010. 384 p.
6. Dargent J. Le corps obèse : obésité, science et culture. Champ Vallon; 2005. 258 p.
7. Foucault M. Histoire de la sexualité. Gallimard; 1994. 224 p.
8. Basdevant A, Bouillot J-L, Oppert J-M, Tounian P. Traité médecine et chirurgie de l'obésité. Lavoisier, éditeur. Paris; 2011. 800 p.
9. Flandrin JL, Montanari M. Histoire de l'alimentation. Fayard; 1996. 915 p.
10. Riera Melis A, Flandrin JL, Montanari M. Société féodale et alimentation (XIIe-XIIIe siècles). In: Histoire de l'Alimentation. Fayard. Paris; 1996. p. 397-418.
11. Lombard-Jourdan A. Aux origines de carnaval. Odile Jacob, éditeur. 2005. 380 p.
12. Harris EE. Nature, mind and modern science. Routledge; 1968. 455 p.
13. Furetière A. Dictionnaire universel contenant généralement tous les mots françois, tant vieux que modernes, et les termes de toutes les sciences et des arts. BNF - Gallica; 1690.
14. Diderot D, Le Rond d'Alembert J. Encyclopédie [vol.II, p.49]. Edition Numérique Collaborative et CRitique de l'Encyclopédie (ENCRE); 1772.
15. Quetelet A. Physique sociale: ou, Essai sur le développement des facultés de l'homme. Bruxelles; 1835.
16. Quetelet A. Recherches sur le poids de l'homme aux différents âges. Vol. 7, Nouveaux mémoires de l'Académie Royale des Sciences et Belles-Lettres de Bruxelles. 1832.

17. Guerrini A. Obesity and depression in the enlightenment : the life and times of George Cheyne. University of Oklahoma Press; 2000. 283 p.
18. Harvey W. On corpulence in relation to disease : with some remarks on diet. Londres; 1872. 186 p.
19. Richardière HA, Sicard J-A. Maladies de la nutrition, goutte, obésité, diabète. J.-B. Baillière et fils (Paris); 1907.
20. Lequin Y. Histoire des Français XIXe-XXe siècles. A. Colin; 1983.
21. Metropolitan Life Insurance Company. Statistical bulletin - Metropolitan Life. The University of Illinois, éditeur. [Metropolitan Life Insurance Co.]; 1922.
22. Béraud H. Le martyre de l'obèse. A. Michel; 1922. 185 p.
23. Throsby K. « How could you let yourself get like that? »: Stories of the origins of obesity in accounts of weight loss surgery. Soc Sci Med. 2007;65(8):1561-71.
24. Goffman E. Stigmate. Kihm A, éditeur. Ed. de Minuit; 1975. 175 p.
25. Bardet J, Bernier M, Briot MM, Domergue J, Evin C, Fraysse MJ, et al. Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité. Prevention. 2005.
26. Etilé F. Obésité santé publique et populisme alimentaire. Ed. Rue d'Ulm; 2013. 124 p.
27. Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. Lancet (London, England). mars 2009;373(9669):1083-96.
28. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 2000.
29. World Health Organisation - Regional Office for Europe. Body mass index - BMI [Internet]. WHO; [cité 2 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
30. Zarzavadjian Le Bian A. Approches éthiques des prises de décision limites en chirurgie, dans le cadre de l'innovation. HAL. Paris Descartes; 2015.
31. Choukroun PL. L'histoire de la chirurgie Du silex à nos jours. Dauphin, éditeur. Broché; 2012. 215 p.
32. Dargent J. Une brève histoire de la chirurgie de l'obésité. Lavoisier, éditeur. 2019. 96 p.

33. Baszanger I. Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Rev française Sociol.* 1986;3-27.
34. Assurance Maladie et Caisse Nationale. Chirurgie de l'obésité : analyse des pratiques et de leur pertinence. 2013.
35. Basdevant A. L'impact économique de l'obésité. *Les Trib la santé.* 2008;21(4):57-64.
36. Haute Autorité de Santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte - recommandations de bonne pratique. 2009.
37. Schaaf C, Iannelli A, Gugenheim J. État actuel de la chirurgie bariatrique en France. e-mémoires l'Académie Natl Chir. 2015;14(2):104-7.
38. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018. 2017;1-206.
39. Legifrance. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
40. IGAS ; Emmanuelli, J. ; Maymil, V. ; Naves P. Rapport : Situation de la chirurgie de l'obésité. 2018.
41. Yanovski SZ, Yanovski JA. Long-term drug treatment for obesity: a systematic and clinical review. *JAMA.* janv 2014;311(1):74-86.
42. Saarni SI, Anttila H, Saarni SE, Mustajoki P, Koivukangas V, Ikonen TS, et al. Ethical issues of obesity surgery-a health technology assessment. *Obes Surg.* 2011;21(9):1469-76.
43. Colquitt JL, Pickett K, Loveman E, Frampton GK. Surgery for weight loss in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;8(8).
44. Colquitt JL, Picot J, Loveman E CA. Surgery for obesity (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(2):1-137.
45. 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(8):741-51.
46. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrback K, et al. Bariatric surgery A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2004;292(14):1724-37.
47. Mcculloch P, Altman DG, Campbell WB, Flum DR, Glasziou P, Marshall JC, et al. Surgical Innovation and Evaluation 3 No surgical innovation without evaluation: the IDEAL recommendations. *Lancet.* 374(9695):1105-12.

48. Reveiz L, Krleža-Jeric K. Consort 2010. *Lancet*. 2010;376(9737):230.
49. Hazart J, Lahaye C, Farigon N, Vidal P, Slim K, Boirie Y. Évolution du recours à la Chirurgie Bariatrique en France entre 2008 et 2014. *Bull Epidémiol Hebd*. 2018;5:84-92.
50. HAS (Haute Autorité de Santé). Résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale Campagne 2017 – Données 2016 1^{er}e campagne nationale obligatoire. 2017.
51. Picot J, Jones J, Colquitt JL, Loveman E, Clegg AJ. Weight loss surgery for mild to moderate obesity: A systematic review and economic evaluation. *Obes Surg*. 2012;22(9):1496-506.
52. Hofmann B. Stuck in the middle: The many moral challenges with bariatric surgery. *Am J Bioeth*. 2010;10(12):3-11.
53. Ikonen TS, Anttila H, Gylling H, Isojärvi J, Koivukangas V, Kumpulainen T, et al. Surgical treatment of morbid obesity. Helsinki; 2009.
54. Holmer H, Shrimme MG, Riesel JN, Meara JG, Hagander L. Towards closing the gap of the global surgeon, anaesthesiologist, and obstetrician workforce: thresholds and projections towards 2030. *Lancet*. 2015;385:S40.
55. Ameisen J-C, Bardet J, Béloucif S, Burlet C, Caverni J-P, De Rouffignac C, et al. Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier. 2007.
56. Padwal RS, Sharma AM. Treating severe obesity: morbid weights and morbid waits. *CMAJ*. nov 2009;181(11):777-8.
57. Cabestan P. Qui suis-je ? Identité-ipse, identité-idem et identité narrative. *Cairn*. 2015;1(43):151-60.
58. Bourdieu P, Passeron J-C. Les héritiers les étudiants et la culture. Les éd. de Minuit; 1964. 192 p.
59. Cornet P. Corps obèse et société. Regards croisés entre médecins et patients. Université Paris-Est; 2016.
60. Fourcade N, Gonzalez L, Rey S, Husson M. La santé des femmes en France. 2013.
61. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. 12^e éd. Presse Universitaire de France, éditeur. Quadrige; 2013.

62. Foucault M. Dits et écrits : 1954-1988. I. 1954-19. Editions Gallimard, éditeur. Editions Gallimard; 1994. 834 p.
63. Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Formisano G, Buchwald H, Scopinaro N. Bariatric Surgery Worldwide 2013. *Obes Surg.* 2015;25(10):1822-32.
64. Jaffiol C, Bringer J, Laplace J-P, Buffet C. Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique. Vol. 2. 2017.
65. Hofmann B. The encompassing ethics of bariatric surgery. *Am J Bioeth.* 2010;10(12):1-3.
66. Durkheim E. Représentations individuelles et représentations collectives. *Rev Metaphys Morale.* 1898;VI:273-302.
67. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative analyser sans compter ni classer. 1^{re} éd. Belgique: De Boeck Supérieur; 2014. 149 p.
68. Lofland J, Lofland LH. *Analyzing social settings : a guide to qualitative observation and analysis.* 3^e éd. Wadsworth; 1995. 267 p.
69. Bouyer J. *Méthodes statistiques : médecine-biologie.* 2^e éd. Vuibert, éditeur. 2017. 400 p.
70. Dargent J, Blanchet M-C. *Objet et Statuts - SOFFCO.MM* [Internet]. 2017 [cité 11 mai 2019]. Disponible sur: <https://soffcomm.org/objet-et-statuts>
71. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL). Définition de CIRCUIT [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/circuit>
72. Code de la santé publique. Article L1110-1- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 -.
73. OMS. *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé.* 1946.
74. Kaplan LM, Seeley R. Metabolic Applied Research Strategy Initiative (MARS): Understanding Why Bariatric Surgery Works. *Bariatr Times.* 2010;7(11).
75. Of O. Ethics in surgery. 2015;135(97):21-5.
76. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL). Définition de Volumétrie [Internet]. [cité 6 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/volumétrie>
77. Zolesio E. La socialisation chirurgicale, un apprentissage « par claques ». *Rev française pédagogie.* 15 déc 2013;(184):95-104.
78. Domergue J, Guidicelli H. *La Chirurgie Française en 2003 : Les raisons de la crise et les*

- propositions. 2003.
79. Bhandari M, Giannoudis P V. Evidence-based medicine: What it is and what it is not. *Injury*. 2006;37(4):302-6.
 80. McCulloch P, Altman DG, Campbell WB, Flum DR, Glasziou P, Marshall JC, et al. Ethics in surgery. *J Med Ethics*. 2012;11(2):1-8.
 81. Zolesio E. La relation chirurgien-patient. « J'ai pas fait parleuse ». *Sci Soc Sante*. 2012;30(4):75-98.
 82. Witman Y, Smid GA, Meurs PL, Willems DL. Doctor in the lead: balancing between two worlds. *Organization*. 2010;18(4):477-95.
 83. Goua De Baix L. Penser la collégialité pour panser le soin. HAL. Paris Descartes; 2018.
 84. Bergeron H, Castel P. Sociologie politique de la santé. Presses universitaires de France; 2014. 544 p.
 85. Sarwer DB, Steffen KJ. Quality of Life , Body Image and Sexual Functioning in Bariatric Surgery Patients. 2015;23:504-8.
 86. Steffen KJ, Engel SG, Wonderlich JA, Pollert GA, Sondag C. Alcohol and Other Addictive Disorders Following Bariatric Surgery : Prevalence, Risk Factors and Possible Etiologies. 2015;23:442-50.
 87. Pona A, Marek R, Heinberg L, Lavery M, Ashton K, Merrell Rish J. Psychological Correlates of Body Image Dissatisfaction before and after Bariatric Surgery. Vol. 12, *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*. 2017. 184-189 p.
 88. Geller S, Levy S, Goldzweig G, Hamdan S, Manor A, Dahan S, et al. Psychological distress among bariatric surgery candidates: The roles of body image and emotional eating. *Clin Obes*. avr 2019;9(2):e12298.
 89. Sarwer DB, Spitzer JC, Wadden TA, Rosen RC, Mitchell JE, Lancaster K, et al. Sexual functioning and sex hormones in persons with extreme obesity and seeking surgical and nonsurgical weight loss. *Surg Obes Relat Dis*. 2013;9(6):997-1007.
 90. Peterhänsel C, Petroff D, Klinitzke G, Kersting A, Wagner B. Risk of completed suicide after bariatric surgery: a systematic review. *Obes Rev*. 1 mai 2013;14(5):369-82.
 91. Foucault M. L'ordre du discours : leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2

- décembre 1970. Gallimard; 1971. 81 p.
92. Weber M. Le savant et le politique. Freund J, éditeur. Éd. la Découverte/Poche; 1956.
 93. Weber M. L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme. 1991^e éd. Pocket, éditeur. Agora; 1991. 285 p.
 94. Margo CE. When is surgery research? Towards an operational definition of human research. *J Med Ethics*. 1 févr 2001;27(1):40 LP - 43.
 95. Bardey D. « Demande induite et réglementation de médecins altruistes ». *Rev économique*. 2002;53(3):581-8.
 96. Saint-Lary O, Plu I, Naiditch M. Ethical issues raised by the introduction of payment for performance in France. *J Med Ethics*. 2012;38(8):485-91.
 97. Forsberg E. Do Financial Incentives Make a Difference ? A comparative study of the effects of performance-based reimbursement in Swedish health care. Uppsala University in; 2001.
 98. Drew P. « But Then I Learned... »: Weight loss surgery patients negotiate surgery discourses. *Soc Sci Med*. 2011;73(8):1230-7.
 99. Dupuy J-P. La médicalisation de la vie: Médecine et pouvoir : en hommage à Ivan Illich. *Esprit (1940-)*. 2004;(308 (10)):26- 39.
 100. Camus A. Le mythe de Sisyphe. Gallimard; 1985. 187 p.
 101. Gendron J-P. Généalogie de la médecine opératoire de l'obésité : une histoire de l'expérimentation en chirurgie gastro-intestinale XVIIe-XXe siècles. Université du Québec; 2016.
 102. Martínez García JS. El habitus. Una revisión analítica. *Rev Int Sociol*. 2017;75(3).
 103. Campos P, Saguy A, Ernsberger P, Oliver E, Gaesser G. The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? *Int J Epidemiol*. 1 févr 2006;35(1):55-60.
 104. Rawls J. Théorie de la justice. Audard C, éditeur. Poche; 2009. 672 p.
 105. Alperovitch A, Beaufils F, Benmakhlouf A, Cazalot S, Dickelé A-M, Dreifuss-Netter F, et al. Questions d'éthique relatives au prélèvement et au don d'organes à des fins de transplantation. Paris; 2011.
 106. Gateau V. Le don d'organes entre vifs: un don authentique ? L'exemple de la transplantation hépatique avec donneur vivant. *Bioethica Forum*. 2010;3(2).

107. Owen-Smith A, Donovan J, Coast J. How clinical rationing works in practice: A case study of morbid obesity surgery. *Soc Sci Med.* 2015;147:288-95.
108. Hjorth S, Näslund I, Andersson-Assarsson JC, Svensson P-A, Jacobson P, Peltonen M, et al. Study Reoperations After Bariatric Surgery in 26 Years of Follow-up. *JAMA Surg.* 1 avr 2019;154(4):319-26.
109. Bhatti JA, Nathens AB, Thiruchelvam D, Grantcharov T, Goldstein BI, Redelmeier DA. Self-harm emergencies after bariatric surgery a population-based cohort study. *JAMA Surg.* 2016;151(3):226-32.
110. Lim RBC, Zhang MWB, Ho RCM. Prevalence of all-cause mortality and suicide among bariatric surgery cohorts: A meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(7).
111. Loomes G, McKenzie L. The use of QALYs in health care decision making. *Soc Sci Med.* 1989;28(4):299-308.
112. Teil A. Qu'appelle-t-on système de soins? *Actualité Dossier Santé Publique.* 2000.
113. Falkum E, Førde R. Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship: Attitudes among Norwegian physicians. *Soc Sci Med.* 2001;52(2):239-48.
114. Feinstein R. Meta-Analysis: Statistical Alchemy for the 21st Century. *J Clin Epidemiol.* 1995;48(1):71-9.
115. Patiño J. ¿Existe la cirugía basada en la evidencia? *Rev Colomb Cir.* 2014;29:262-8.
116. Maheshwari G, Maheshwari N. Evidence Based Surgery: How Difficult is the Implication in Routine Practice? *Oman Med J.* 2012;27(1):72-4.
117. Meshikhes AWN. Evidence-based surgery: The obstacles and solutions. *Int J Surg.* 2015;18:159-62.
118. Sutton P, Hornby S, Vimalachandran D, McNally S. Instinct, intuition and surgical decision-making. *FEATURE.* 2015;
119. Weinstein AL, Marascalchi BJ, Spiegel MA, Saunders JK, Fagerlin A, Parikh M. Patient preferences and bariatric surgery procedure selection; the need for shared decision-making. *Obes Surg.* nov 2014;24(11):1933-9.
120. de Mik SML, Stubenrouch FE, Balm R, Ubbink DT. Systematic review of shared decision-making in surgery. *Br J Surg.* 1 déc 2018;105(13):1721-30.

121. Ordre National des Médecins. Code de déontologie médicale. France; 2017 p. 44.
122. Zarzavadjian le Bian A, Jiao L, Costi R, Bruderer A, Habib N. De l'évidence-based medicine à l'évidence-based surgery: extrapolons-nous ? *Ethics, Med Public Heal.* 2017;3(2):253-8.
123. Walker MJ, Walker MJ, Rogers W. What Can Feminist Epistemology Do for Surgery ? 2014;29(2).
124. Dubern B, Poitou-Bernert C, Ciangura C, Basdevant A, Oppert J-M, Tounian P, et al. Chirurgie de l'obésité chez un adolescent : de la demande personnelle à la décision collégiale. *Médecine des Mal Métaboliques.* 2015;9(5):495-9.

Table des figures

Figure 1 : théorie proposée par Fabien Mantilla.	67
---	----

Table des tableaux

Tableau 1 : Technique considérée comme meilleure selon l'âge des praticiens.	72
Tableau 2 : Technique la plus réalisée selon l'âge des praticiens.	72
Tableau 3 : Technique préférée en rapport au secteur d'exercice.	72
Tableau 4 : Technique considérée comme la meilleure en rapport au secteur d'exercice des chirurgiens.	73
Tableau 5 : Technique préférée face à celle que les chirurgiens considèrent la plus efficace.	73
Tableau 6 : Le secteur d'exercice mis en relation avec l'intérêt ou non de participer à la recherche clinique.	73
Tableau 7 : L'opinion des indications HAS confrontée au secteur d'exercice.	74
Tableau 8 : Le type de technique préférée en relation avec le temps d'exercice de la chirurgie bariatrique.	74
Tableau 9 : L'opinion des indications HAS face au temps d'exercice de la chirurgie bariatrique.	74
Tableau 10 : Perspective sur les indications HAS et le rapport avec la proportion d'activité que les chirurgiens ont en chirurgie bariatrique.	75
Tableau 11 : Relation entre le niveau d'activité en chirurgie bariatrique et le type de technique préférée.	75
Tableau 12 : Lien entre la chirurgie la plus réalisée par le praticien et sa formation académique en chirurgie bariatrique.	75
Tableau 13 : Pourcentage de l'activité en chirurgie bariatrique par rapport au type de secteur d'exercice.	77
Tableau 14 : Rapport entre les temps d'exercice de la chirurgie bariatrique et le secteur de travail. .	77
Tableau 15 : Temps de formation en Chirurgie Bariatrique par rapport au temps actuel de pratique dans ce domaine.	77
Tableau 16 : Lien(s) entre le secteur d'activité et le ressenti sur les professionnels qui devraient suivre le patient opéré à long terme.	79
Tableau 17 : Liaison entre le type d'attitude prise en cas de désaccord dans la RCP et le secteur d'exercice.	80
Tableau 18 : Lien entre le secteur d'exercice et le nombre de professionnels qui composent l'équipe de la RCP.	80
Tableau 19 : Relation entre le secteur d'exercice du chirurgien et le rapport de patients qui ne relevaient pas d'indication chirurgicale.	81

Tableau 20 : Analyse entre le rapport de patients qui n'avaient pas d'indication chirurgicale et le nombre de professionnels qui conforment la RCP.....	81
Tableau 21 : Relation entre l'attitude face à un désaccord de la décision prise en RCP et la perception des indications HAS.	81

Annexes

Contextualisation

Classification de l'obésité selon l'OMS :

Obésité classe I	IMC : 30 – 34,9 kg/m ²
Obésité classe II	IMC : 35 – 39,9 kg/m ²
Obésité classe III	IMC ≥ 40 kg/m ²

Par Fabien Mantilla sous la source en ligne de l'OMS.

Grille d'évaluation

Docteur(e) _____ je veux en premier temps vous remercier d'accepter de parler avec moi sur votre pratique en tel que chirurgien(ne) bariatrique. En deuxième temps, vous expliquer que ce questionnaire se fait dans le cadre de recherche d'une Master d'Ethique 2 de la faculté de Médecine de Paris Descartes dirigé par la Professeur Mamzer, dont mon mémoire et dirigé par un docteur en éthique chirurgien viscérale, le docteur Zarzavadjian Le Bian. Vous assurez que ce questionnaire sera retranscrit sous forme anonyme et sécurisé ; à n'importe quel moment vous pourrez me contacter pour solliciter l'élimination de l'enregistrement ainsi que sa transcription. Je vous transmets la fiche d'information ainsi que celui du consentement.

Présentation de l'enquêteur.

Légende : [questions de relance].

Pouvez-vous vous présenter ?

[Quel(s) est(sont) votre(vos) lieu(x) d'exercice]

[S'il existe différents lieux de pratique : existe-t-il une différence de ces lieux où vous préférez exercer la chirurgie bariatrique et pourquoi ?]

Qu'est-ce que vous motive à faire de la chirurgie bariatrique ?

[Qu'est-ce que c'est pour vous la chirurgie bariatrique ?]

Selon vous qu'est qui explique l'essor de la chirurgie bariatrique en France ?

[Quelle est l'influence des niveaux degrés de preuves pour justifier cette prise en charge ?]

[Pourquoi cet essor se vit de manière différente en Suède qu'en France ?]

[Vous croyez que la structure de rémunération en chirurgie a une influence ?]

Pour vous qu'est-ce que c'est l'obésité ?

[De quelle manière vous croyez que cette perception impact votre prise en charge des patients ?]

[De quelle manière vous croyez que la perception de l'obésité chez la personne influence au chirurgien votre prise en charge ?]

A nouveau je vous remercie de votre collaboration.

Contact de l'enquêteur

Fabien Mantilla S.

Fiche d'information des Entretiens.

Docteur(e), Professeur(e),

Je suis Fabien MANTILLA SYLVAIN, étudiant en Master 2 « ETHIQUE MEDICALE ET BIOETHIQUE » de l'Université Paris Descartes, dirigé par Madame la Professeure Marie-France MAMZER. Au sein de son laboratoire je dirige avec le docteur Alban ZARZAVADJIAN LE BIAN une recherche *qui n'implique pas la personne humaine* et à laquelle je vous propose de participer.

Cette recherche est menée dans le cadre de mon mémoire de Master 2. Le laboratoire d'éthique médicale de l'Université Paris Descartes, situé au 45 Rue des Saints-Pères, 75006 Paris, est le responsable du traitement des données que je serai amené à collecter.

Objectif de la recherche et argumentaire :

Cette recherche tend à expliquer l'explosion des pratiques de chirurgie bariatrique en France en s'intéressant plus particulièrement aux motivations sous-jacentes des chirurgiens bariatriques.

La prise en charge chirurgicale de l'obésité morbide a connu un essor fulgurant lors des deux dernières décennies en France. Elle est désormais une spécialité à part entière, comme le justifient certaines données (CNAM, HAS, IGAS) : 1% des patients consultant en urgence en France ont un antécédent de chirurgie bariatrique. Parallèlement, cette activité est attaquée : proportionnellement, trois fois plus de gestes sont réalisés par rapport à l'Allemagne ou l'Angleterre, où la prévalence de l'obésité morbide est plus importante. Alors que des nouvelles recommandations doivent officiellement voir le jour, la

représentation de la chirurgie bariatrique et de ceux qui la pratiquent sont des éléments indispensables à sa compréhension.

Méthodologie :

Pour mener cette recherche, je souhaiterais, avec votre accord, vous proposer de réaliser un entretien semi-directif, selon vos disponibilités, durant la période qui s'étend de février à avril 2019.

Cet entretien se déroulera si possible dans un environnement calme pour favoriser l'échange. Durant l'entretien, je vous poserai des questions en lien avec votre expérience en chirurgie bariatrique.

De plus, après avoir recueilli votre consentement libre et éclairé, je souhaiterais enregistrer notre entretien grâce à un dictaphone dédié à cette recherche. L'enregistrement sera conservé dans un endroit sécurisé au sein du laboratoire d'éthique, dans un casier fermé à clé.

Méthodologie :

Pour mener cette recherche, je souhaiterais, avec votre accord, vous proposer de réaliser un entretien semi-directif, selon vos disponibilités, durant la période qui s'étend de février à avril 2019.

Cet entretien se déroulera si possible dans un environnement calme pour favoriser l'échange. Durant l'entretien, je vous poserai des questions en lien avec votre expérience en chirurgie bariatrique.

De plus, après avoir recueilli votre consentement libre et éclairé, je souhaiterais enregistrer notre entretien grâce à un dictaphone dédié à cette recherche.

L'enregistrement sera conservé dans un endroit sécurisé au sein du laboratoire d'éthique, dans un casier fermé à clé.

Traitement des données :

Le traitement de vos données à caractère personnel se fera conformément au RÈGLEMENT (UE) 2016/679 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Toutes les informations issues de l'entretien resteront confidentielles, sans mention de votre nom et de votre prénom.

Les destinataires des données :

Vos données recueillies ne seront consultées que par Fabien MANTILLA SYLVAIN et le Dr. Alban ZARZAVADJIAN LE BIAN.

Durée de conservation des données :

L'enregistrement de notre entretien sera supprimé 1 an après la publication des résultats finaux de la recherche. Si vous le souhaitez et me le faites savoir, je m'engage à vous envoyer les résultats de la recherche.

Vos droits :

Vous avez le droit de ne pas participer à cette recherche.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement que vous pouvez exercer auprès de Fabien MANTILLA SYLVAIN

Vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTÉS)

Adresse postale :

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Tél : 01 53 73 22 22

Si vous le souhaitez, vous pouvez demander des informations sur les résultats globaux de la recherche en 2019.

Formulaire de consentement des entretiens.

Je soussigné(e)(nom et prénom de la personne interrogée), accepte de participer à la recherche de Fabien MANTILLA SYLVAIN, étudiant en Master 2 « ETHIQUE MEDICALE ET BIOETHIQUE » au sein de l'Université Paris Descartes, dirigé par le Dr. Alban ZARZAVADJIAN LE BIAN.

Je confirme avoir reçu les informations relatives à la recherche et aux traitements de mes données à caractère personnel.

J'accepte d'être enregistré(e) durant l'entretien et que ce dernier soit retranscrit dans le respect des règles de confidentialité.

Date :

Signature de la personne interrogée :

Questionnaire dirigé aux praticiens exerçant en France de la SOFFCO.MM.

Docteur(e), Professeur(e)

Bonjour,

Je suis Fabien MANTILLA, étudiant en Master 2 en Ethique Médicale à l'Université Paris Descartes, dirigé par Madame la Professeur Marie-France MAMZER. Au sein de son laboratoire je dirige avec le docteur Alban ZARZAVADJIAN une recherche à laquelle je vous propose de participer.

Aux chirurgiens exerçant en France, je vous propose de participer en répondant à ce questionnaire qui nous permettra de connaître globalement les profils des praticiens au sein de cette société et de connaître une possible relation de l'essor de la pratique bariatrique depuis la dernière décennie en France. Cette participation ne prendra pas plus de 5 minutes.

Votre participation à cette recherche est entièrement libre et volontaire. Aucune donnée à caractère personnelle ne sera demandée et toute réponse restera anonyme.

Si vous le souhaitez à la fin de l'enquête vous recevrez les résultats.

D'autre part une fiche d'information de l'étude sera envoyé avec chaque le lien d'accès à ce questionnaire ; n'hésitez pas à me contacter.

En vous remerciant de votre participation !

1. Quel âge avez-vous ? (choix unique)

- 1) < 30 ans
- 2) 30-40 ans
- 3) 40-50 ans
- 4) 50-60 ans
- 5) > 60 ans

2. Quelle est votre formation d'ordre général ? (choix multiple)

- 1) Interne DES Français
- 2) Faisant fonction d'interne
- 3) Chef de Clinique - Assistant
- 4) Assistant spécialiste
- 5) PAES

3. Où avez-vous été formé à la chirurgie bariatrique ? (choix multiple)
 - 1) CHU lors de mon internat.
 - 2) CHU lors de mon clinicat-assistanat.
 - 3) CH lors de mon internat.
 - 4) CHU lors de mon clinicat-assistanat.
 - 5) Autres (stages hors internat/assistanat, DIU/DU, etc...).

4. Au total, quelle fut la durée de votre formation en chirurgie bariatrique avant d'exercer en votre nom propre ? (choix unique)
 - 1) < 1 an.
 - 2) 1 à 2 ans.
 - 3) 2-3 ans
 - 4) 3-4 ans.
 - 5) > 4 ans

5. La formation spécifique à la chirurgie bariatrique dont vous avez bénéficié vous semble-t-elle suffisante ? (choix unique)
 - 1) Non.
 - 2) Oui, pour l'ensemble des prises en charge, y compris les complications (pas de transfert en centre de recours nécessaire).
 - 3) Oui, sauf en cas de complications (transfert en centre de recours nécessaire).

6. Désormais, depuis combien de temps pratiquez-vous la chirurgie bariatrique en votre nom propre ? (choix unique)
 - 1) < 3 ans
 - 2) 3 à 5 ans
 - 3) 5 à 10 ans
 - 4) 10 à 15 ans
 - 5) > 15 ans

7. Quel(s) mode(s) d'exercice avez-vous pratiqué pour la chirurgie bariatrique ? (choix multiple)
 - 1) Libéral pur.
 - 2) Hospitalier.
 - 3) Hospitalier et libéral (hospitalier avec activité libérale ou libéral avec temps partiel hospitalier).

- 4) Hospitalo-Universitaire.
 - 5) Hospitalo-Universitaire avec activité libérale.
8. Quel est votre mode d'exercice actuel ? (choix unique)
- 1) Libéral pur.
 - 2) Hospitalier.
 - 3) Hospitalier et libéral (hospitalier avec activité libérale ou libéral avec temps partiel hospitalier).
 - 4) Hospitalo-Universitaire.
 - 5) Hospitalo-Universitaire avec activité libérale.
9. Parallèlement à la chirurgie bariatrique, quelle(s) chirurgie(s) pratiquez-vous ? (choix multiple)
- 1) Chirurgie générale (hernie/éventration/vésicule biliaire)
 - 2) Chirurgie endocrinienne (thyroïde/surrénale)
 - 3) Chirurgie hépato-bilio-pancréatique (foie/pancréas/canaux biliaires sauf vésicule).
 - 4) Chirurgie oeso-gastrique (en dehors de la chirurgie bariatrique).
 - 5) Chirurgie colorectale.
10. Actuellement, quelle est la proportion approximative d'actes de chirurgie bariatrique sur votre activité totale ? (choix unique)
- 1) < 25%
 - 2) Entre 25% et 50%
 - 3) Environ 50%
 - 4) Entre 50 et 75%
 - 5) > 75%
11. Il y a 5 ans (ou moins si vous exercez depuis moins de 5 ans), quelle était la proportion approximative d'actes de chirurgie bariatrique sur votre activité totale ? (choix unique)
- 1) > 25%
 - 2) Entre 25% et 50%
 - 3) Environ 50%
 - 4) Entre 50 et 75%
 - 5) > 75%
12. Participez-vous ou avez-vous participé à des études cliniques ? (choix multiple)

- 1) Non
- 2) Oui, en tant qu'auteur.
- 3) Oui, en incluant des patients.
- 4) Oui, en tant qu'éditeur ou reviewer pour la presse scientifique.
- 5) Oui, en tant qu'expert pour les Instances.

13. Pour la chirurgie bariatrique, par quel biais les patients vous sont-ils adressés ? (choix unique)

- 1) Ils viennent directement à vous.
- 2) Par le médecin traitant.
- 3) Par l'endocrinologue.
- 4) Par le nutritionniste.
- 5) Par le psychologue.

14. Quelle est la proportion de patients consultant pour une chirurgie bariatrique qui ne relèvent pas d'une indication de chirurgie bariatrique ? (choix unique)

- 1) Environ 1/10.
- 2) Environ 1/3.
- 3) Environ 1/2.
- 4) Environ 2/3.
- 5) Environ 3/4.

15. En matière d'indications à une chirurgie bariatrique, les recommandations de l'HAS devraient... (choix unique)

- 1) ... ne pas changer : elles sont adaptées.
- 2) ... laisser plus de libertés aux professionnels de santé et aux patients.
- 3) ... laisser moins de libertés aux professionnels de santé et aux patients.

16. Combien de professionnels de santé (médecins, chirurgiens, psychologues, nutritionnistes, infirmières) participent régulièrement à votre RCP obésité ? (choix unique)

- 1) < 5 professionnels.
- 2) 5-7 professionnels.
- 3) 7-10 professionnels.
- 4) 11-15 professionnels.
- 5) 15 professionnels.

17. En cas de désaccord en RCP, la décision finale est généralement de... (choix unique)

- 1) ... ne pas opérer le patient.
- 2) ... d'opérer le patient.
- 3) ... de représenter le dossier.

18. Quelle(s) est(sont) l'(les)intervention(s) que vous proposez ? (choix multiple)

- 1) By-Pass
- 2) Sleeve gastrectomy
- 3) Mini-By-Pass
- 4) Duodenal Switch
- 5) Anneau gastrique

19. Quelle est l'intervention que vous réalisez le plus ? (choix unique)

- 1) By-Pass
- 2) Sleeve gastrectomy
- 3) Mini-By-Pass
- 4) Duodenal Switch
- 5) Anneau gastrique

20. Pour vous, quelle est l'intervention qui donne les meilleurs résultats ? (choix multiple)

- 1) By-Pass
- 2) Sleeve gastrectomy
- 3) Mini-By-Pass
- 4) Duodenal Switch
- 5) Anneau gastrique

21. Concernant le suivi postopératoire au long cours, il est assuré par... (choix multiple)

- 1) ...le chirurgien
- 2) ... le médecin traitant.
- 3) ... l'endocrinologue.
- 4) ... le nutritionniste.
- 5) ... le psychologue.

Fiche d'information du questionnaire dirigé aux praticiens de la SOFFCO.MM.

Docteur(e), Professeur(e),

Je suis Fabien MANTILLA SYLVAIN, étudiant en Master 2 « ETHIQUE MEDICALE ET BIOETHIQUE » de l'Université Paris Descartes, dirigé par Madame la Professeure Marie-France MAMZER. Au sein de son laboratoire je dirige avec le docteur Alban ZARZAVADJIAN LE BIAN une recherche *qui n'implique pas la personne humaine* et à laquelle je vous propose de participer.

Cette recherche est menée dans le cadre de mon mémoire de Master 2. Le laboratoire d'éthique médicale de l'Université Paris Descartes, situé au 45 Rue des Saints-Pères, 75006 Paris, est le responsable du traitement des données que je serai amené à collecter.

Objectif de la recherche et argumentaire :

Cette recherche tend à expliquer l'explosion des pratiques de chirurgie bariatrique en France en s'intéressant plus particulièrement aux motivations des chirurgiens bariatriques et ainsi qu'à leurs profils.

La prise en charge chirurgicale de l'obésité morbide a connu un essor fulgurant lors de ces deux dernières décennies en France. Elle est désormais une spécialité à part entière, comme le justifient certaines données (CNAM, HAS, IGAS, SPF, etc.) : 1% des patients consultant en urgence en France ont un antécédent de chirurgie bariatrique. Parallèlement, cette activité est attaquée : proportionnellement, trois fois plus de gestes sont réalisés par rapport à l'Allemagne ou l'Angleterre, où la prévalence de l'obésité morbide est plus importante. Alors que de nouvelles recommandations doivent officiellement voir le jour, la représentation de la chirurgie bariatrique et de ceux qui la pratiquent sont des éléments indispensables à sa compréhension.

Méthodologie :

Pour mener cette recherche on a obtenu l'accord du président de la Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques d'obésité (le Docteur Jérôme Dargent), et le soutien du secrétariat de la société.

Ce questionnaire sera en ligne pendant un mois à partir de sa diffusion. Il est composé de 21 questions qui peuvent décrire de différentes manières le profil d'un praticien. Il est important de noter qu'aucune donnée personnelle ne sera demandée dans ce questionnaire.

L'enregistrement de ces données sera conservé dans un endroit sécurisé au sein du laboratoire d'éthique, dans un casier fermé à clé.

Votre participation à cette recherche est entièrement libre et volontaire.

Traitement des données :

Toutes les informations issues du questionnaire resteront confidentielles. Ni votre nom ou prénom, ni votre courrier électronique ne pourra être recueilli car l'enregistrement se fait uniquement dans un dossier « cloud » (géré par Google Gmail®).

Les destinataires des données :

Vos données recueillies ne seront consultées que par Fabien MANTILLA SYLVAIN et le Dr. Alban ZARZAVADJIAN LE BIAN.

Durée de conservation des données :

Les données seront supprimées un an après leur obtention. Si vous le souhaitez, je m'engage à vous envoyer les résultats de la recherche.

Vos droits :

Vous avez le droit de ne pas participer à cette recherche.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement que vous pouvez exercer auprès de Fabien MANTILLA SYLVAIN

Vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTÉS)

Adresse postale :

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Tél : 01 53 73 22 22

Si vous le souhaitez, vous pouvez demander des informations sur les résultats globaux de la recherche en 2019.

Résultats bruts du questionnaire : partie descriptive.

Diagramme I.

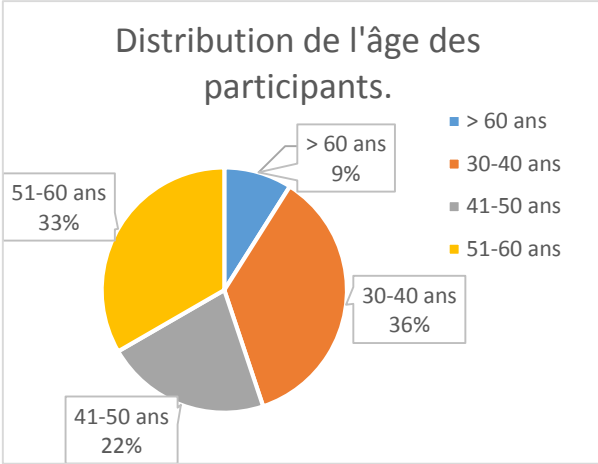
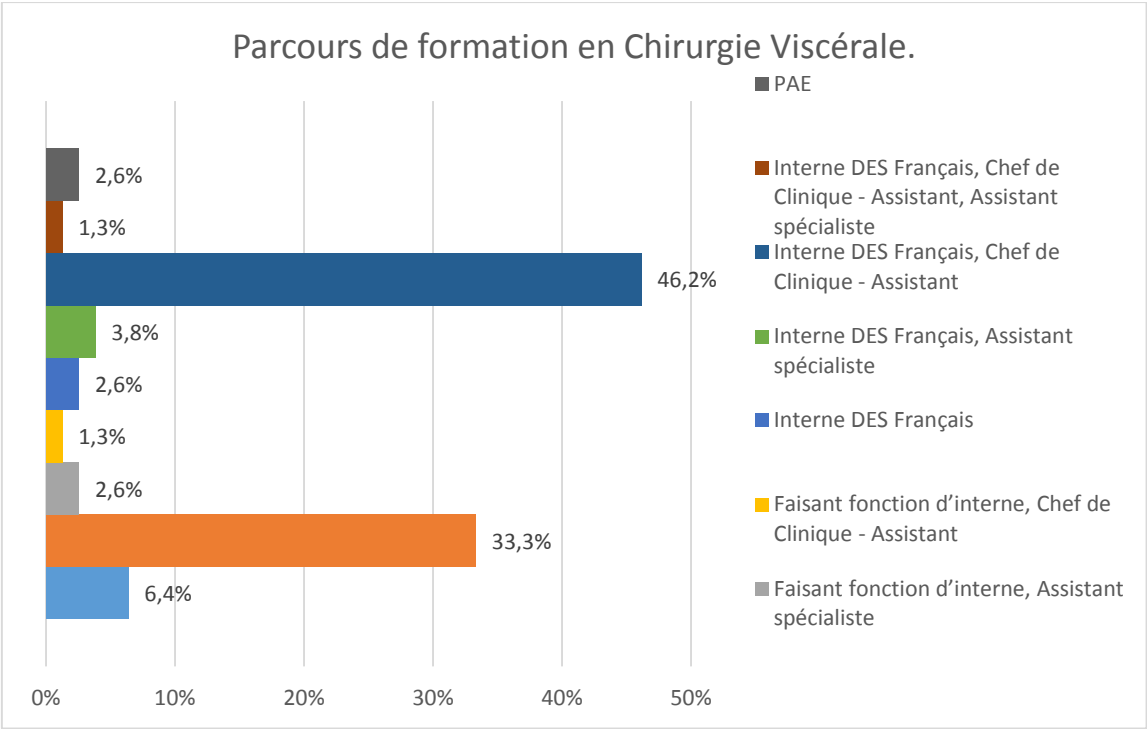


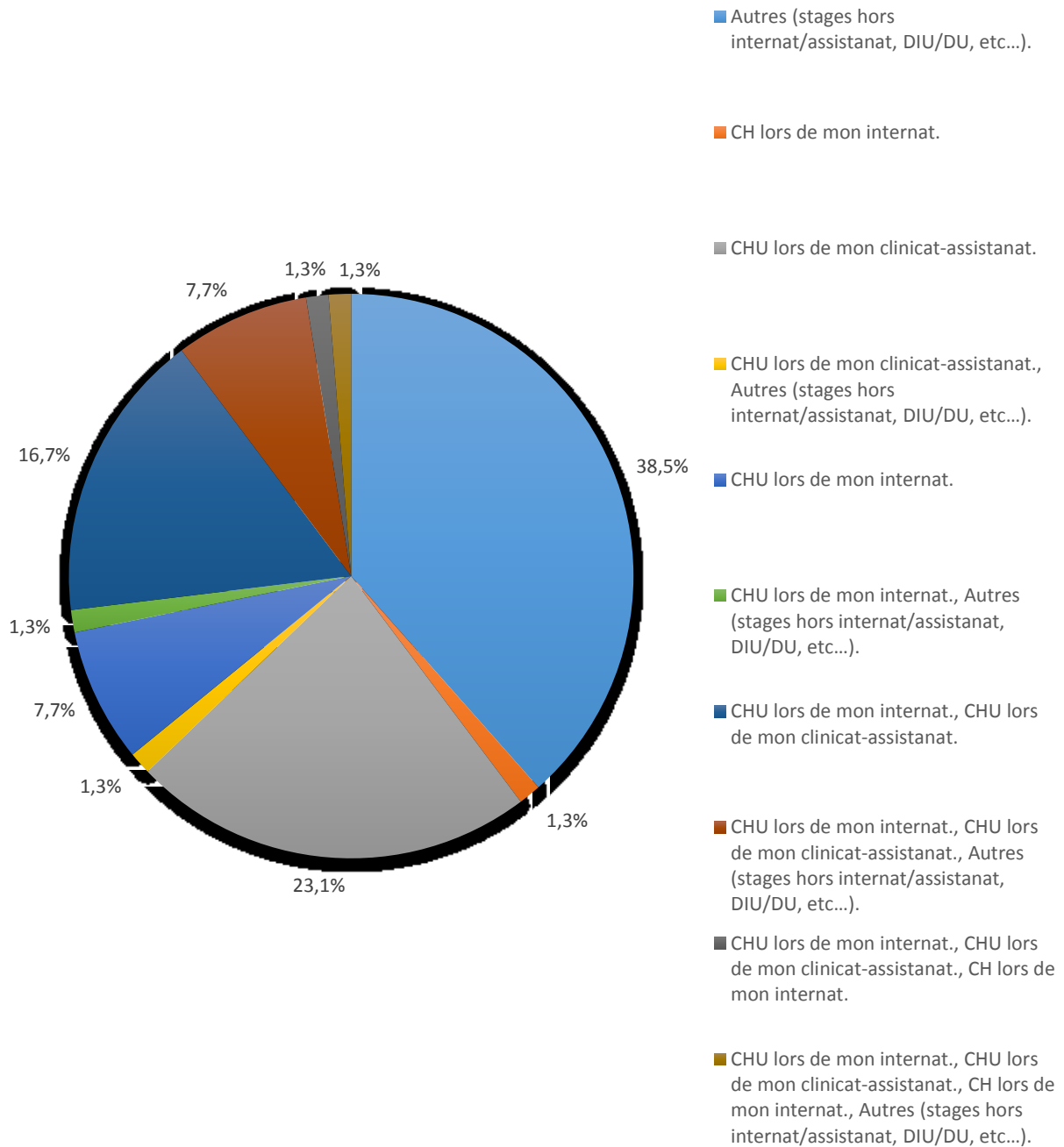
Diagramme II.



PAE : permis d'autorisation d'exercice. ; DES : diplôme d'études spécialisés.

Diagramme III

Type de Formation en Chirurgie Bariatrique



CHU : Centre hospitalo-universitaire. ; DIU : diplôme inter-universitaire. DU : diplôme universitaire.

Tableau I : Distribution du temps de formation en chirurgie bariatrique.

Durée de formation (années)	Pourcentage de chirurgiens
< 1	24,4%
> 4	17,9%
1-2.	26,9%
2-3	21,8%
3-4	9,0%
Total	100%

Diagramme IV.

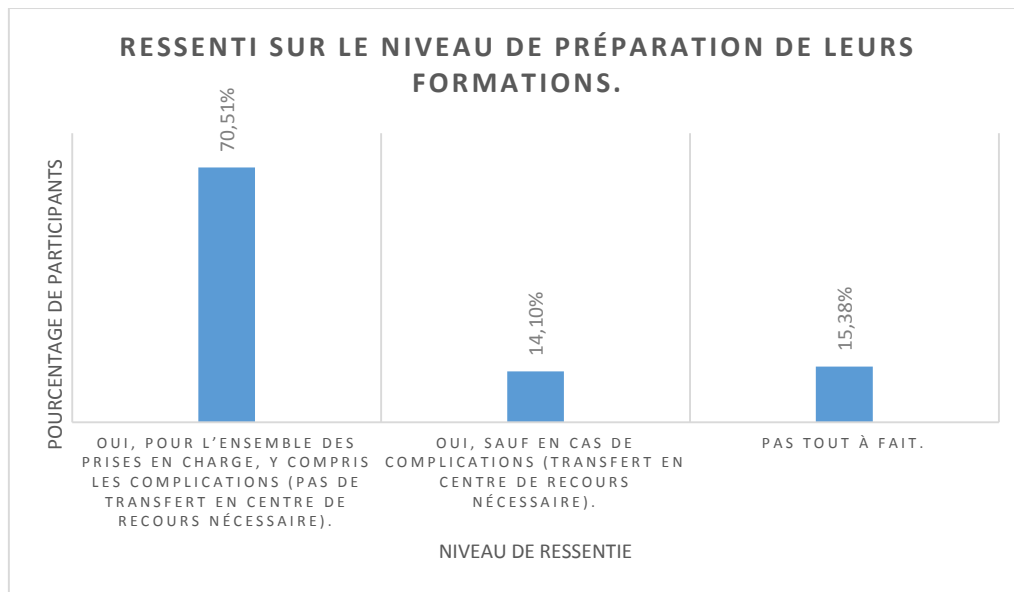


Tableau II : Distribution des participants selon leurs temps d'exercice en chirurgie bariatrique.

Temps de pratique bariatrique	Pourcentage de chirurgiens
< 3 ans	11,5%
> 15 ans	30,8%
10 à 15 ans	14,1%
3 à 5 ans	23,1%
5 à 10 ans	20,5%
Total	100%

Tableau III : Distribution des participants selon leurs modes d'exercice.

Mode(s) d'exercice(s) réalisé(s) tant que chirurgien bariatrique	Pourcentage de chirurgiens
Hospitalier et libéral ¹	12,8%
Hospitalier et libéral ¹ + Hospitalo-Universitaire.	2,6%
Hospitalier.	16,7%

Hospitalier + Hospitalier et libéral ¹	1,3%
Hospitalier + Hospitalo-Universitaire.	1,3%
Hospitalo-Universitaire avec activité libérale	1,3%
Hospitalo-Universitaire.	3,8%
Libéral pur.	34,6%
Libéral pur + Hospitalier et libéral ¹	1,3%
Libéral pur + Hospitalier et libéral ¹ + Hospitalo-Universitaire.	1,3%
Libéral pur + Hospitalier.	9,0%
Libéral pur + Hospitalier + Hospitalier et libéral ¹	2,6%
Libéral pur + Hospitalier + Hospitalo-Universitaire.	1,3%
Libéral pur + Hospitalo-Universitaire.	9,0%
Libéral pur + Hospitalo-Universitaire + Hospitalo-Universitaire avec activité libérale	1,3%
Total	100%

¹hospitalier avec activité libérale ou libéral avec temps partiel hospitalier.

Diagramme V.

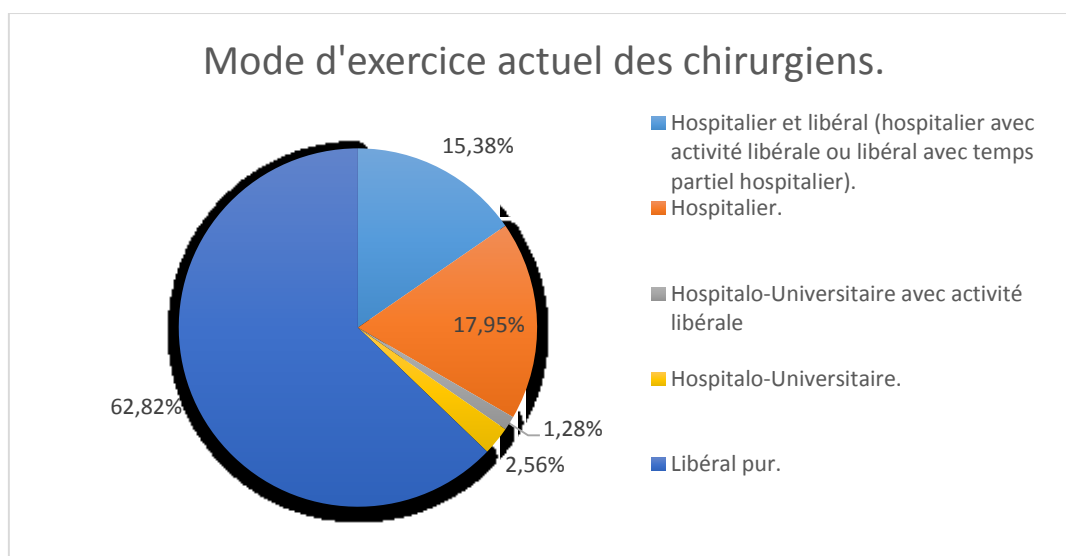


Tableau IV : Autres activités chirurgicales développées par les chirurgiens de la SOFFCO.MM.

Activités chirurgicales autres que de la bariatrique faite par le praticien	Pourcentage de Chirurgiens.
Chirurgie colorectale.	1,3%
Chirurgie générale ¹ .	11,5%

Chirurgie générale ¹ + Chirurgie colorectale.	18,0%
Chirurgie générale ¹ + Chirurgie endocrinienne ² .	5,1%
Chirurgie générale ¹ + Chirurgie endocrinienne ² + Chirurgie colorectale.	11,5%
Chirurgie générale ¹ + Chirurgie endocrinienne ² + Chirurgie hépato-bilio-pancréatique ³ + Chirurgie colorectale.	1,3%
Chirurgie générale ¹ + Chirurgie endocrinienne ² + Chirurgie hépato-bilio-pancréatique ³ + Chirurgie oeso-gastrique ⁴	1,3%
Chirurgie générale ¹ + Chirurgie endocrinienne ² + Chirurgie hépato-bilio-pancréatique ³ + Chirurgie oeso-gastrique ⁴ + Chirurgie colorectale.	6,4%
Chirurgie générale ¹ + Chirurgie endocrinienne ² + Chirurgie oeso-gastrique ⁴	2,7%
Chirurgie générale ¹ + Chirurgie endocrinienne ² + Chirurgie oeso-gastrique ⁴ + Chirurgie colorectale.	5,1%
Chirurgie générale ¹ + Chirurgie hépato-bilio-pancréatique ³ + Chirurgie colorectale.	5,1%
Chirurgie générale ¹ + Chirurgie hépato-bilio-pancréatique ³ + Chirurgie oeso-gastrique ⁴ + Chirurgie colorectale.	16,7%
Chirurgie générale ¹ + Chirurgie oeso-gastrique ⁴	2,6%
Chirurgie générale ¹ + Chirurgie oeso-gastrique ⁴ + Chirurgie colorectale.	11,5%
Total	100%

¹ hernie/éventration/vésicule biliaire ; ² thyroïde/surrénale ; ³ foie/pancréas/canaux biliaires sauf vésicule ; ⁴ en dehors de la chirurgie bariatrique

Diagramme VI.

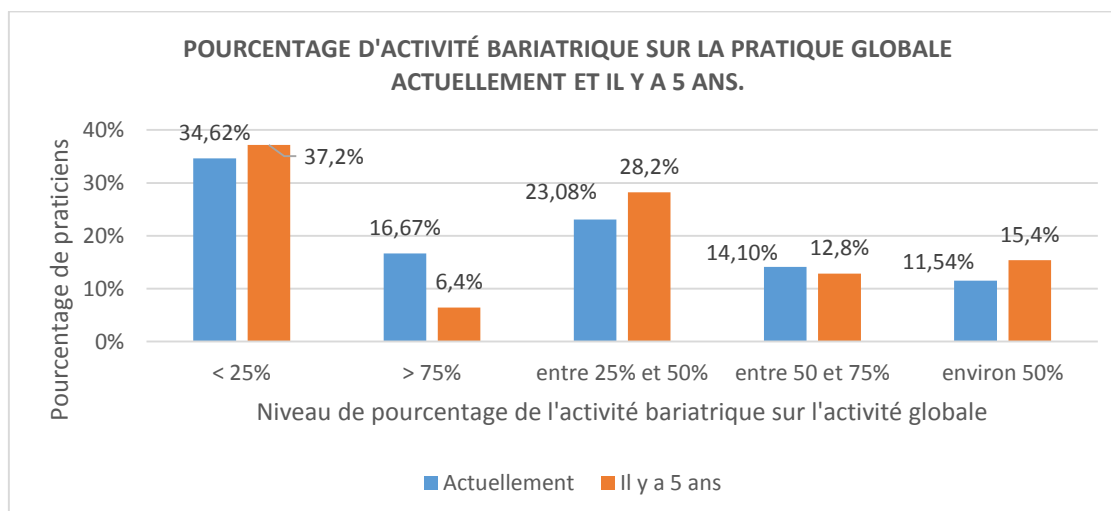


Tableau V : Proportions des formes que les chirurgiens de la SOFFCO.MM participent aux études cliniques.

Manière(s) de participer à une étude clinique.	Pourcentage de chirurgiens
Non.	33,3%
En incluant des patients.	26,9%
En incluant des patients + En tant qu'éditeur ou reviewer ¹ .	1,3%
En tant qu'auteur.	14,1%
En tant qu'auteur + En incluant des patients.	7,7%
En tant qu'auteur + En incluant des patients + En tant qu'éditeur ou reviewer ¹	3,9%
En tant qu'auteur + En incluant des patients + En tant qu'éditeur ou reviewer ¹ + En tant qu'expert pour les Instances.	3,9%
En tant qu'auteur + En incluant des patients + En tant qu'expert pour les Instances.	7,7%
En tant qu'auteur + En tant qu'éditeur ou reviewer ¹ + En tant qu'expert pour les Instances.	1,3%
Total	100%

¹ pour la presse scientifique (un mot alternatif peut-être « critique »)

Tableau VI : Distributions des prises de contact des chirurgiens avec ses patients.

Mode(s) de mise en contact des patients avec le chirurgien	Pourcentage de chirurgiens
Ils viennent directement à vous.	16,7%
Ils viennent directement à vous + Par le médecin traitant.	10,3%
Ils viennent directement à vous + Par le médecin traitant + Par l'endocrinologue.	10,3%
Ils viennent directement à vous + Par le médecin traitant + Par l'endocrinologue + Par le nutritionniste.	21,8%
Ils viennent directement à vous + Par le médecin traitant., Par l'endocrinologue + Par le nutritionniste + Par le psychologue.	11,5%
Ils viennent directement à vous + Par le médecin traitant + Par le nutritionniste.	11,5%
Ils viennent directement à vous + Par le médecin traitant + Par le nutritionniste + Par le psychologue.	2,6%

Ils viennent directement à vous + Par le nutritionniste.	1,3%
Par le médecin traitant.	7,7%
Par le médecin traitant + Par l'endocrinologue + Par le psychologue.	1,3%
Par le médecin traitant + Par le nutritionniste.	2,6%
Par le nutritionniste.	2,6%
Total	100%

Diagramme VII

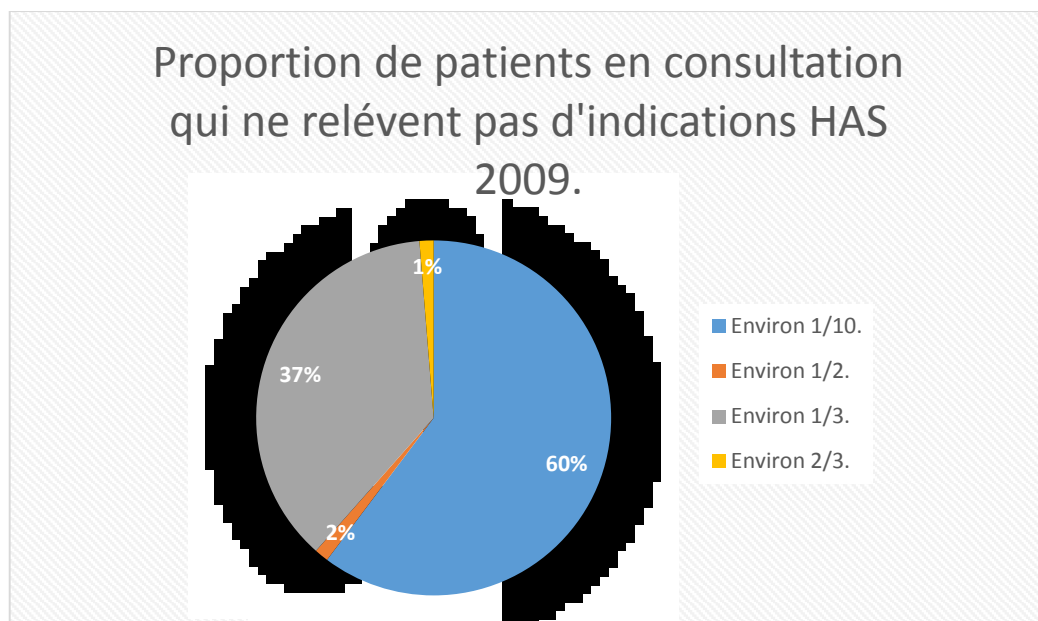


Tableau VII : Distributions des perceptions des praticiens face aux indications de la SOFFCO.MM.

Type de ressentie face aux indications	Pourcentage de chirurgiens
Faudrait : laisser moins de libertés au colloque singulier.	9,0%
Faudrait : laisser plus de libertés au colloque singulier	37,2%
Elles sont adaptées.	53,8%
Total	100%

Tableau VIII : Distributions du(des) spécialiste(s) qui devrait(aient) assurer le suivi à long terme d'après les répondants de l'enquête.

Spécialiste qui assure le long cours du suivi d'un patient opéré	Pourcentage de chirurgiens
Endocrinologue.	2,6%
Nutritionniste.	7,7%
Chirurgien	18,0%

Chirurgien + Endocrinologue + Nutritionniste.	9,0%
Chirurgien + Endocrinologue + Nutritionniste + Psychologue.	6,4%
Chirurgien + Endocrinologue + Psychologue	2,6%
Chirurgien + Médecin traitant.	1,3%
Chirurgien + Médecin traitant + Endocrinologue.	5,1%
Chirurgien + Médecin traitant + Endocrinologue + Nutritionniste.	2,6%
Chirurgien + Médecin traitant + Endocrinologue + Nutritionniste + Psychologue.	7,7%
Chirurgien + Médecin traitant + Nutritionniste	9,0%
Chirurgien + Médecin traitant + Nutritionniste + Psychologue.	7,7%
Chirurgien + Nutritionniste	15,4%
Chirurgien + Nutritionniste + Psychologue.	5,1%
Total	100%

Diagramme VIII.

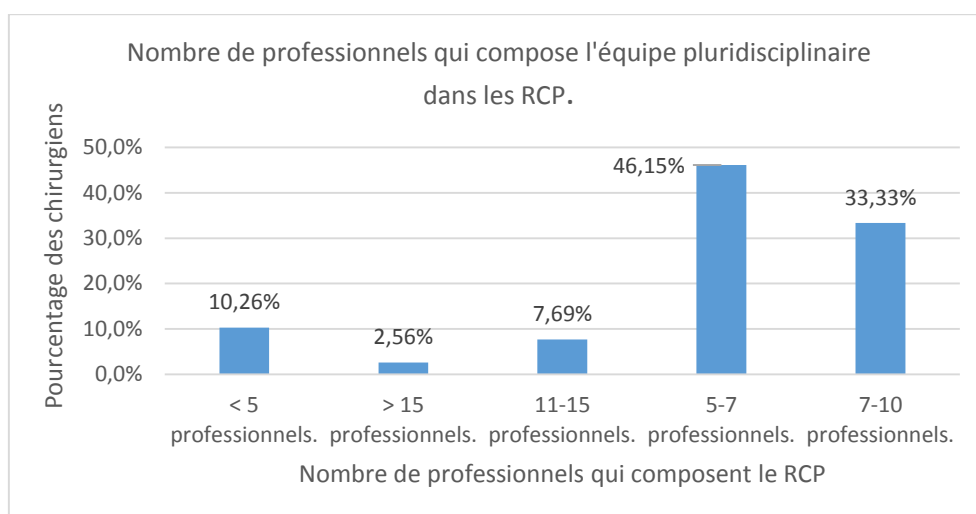


Diagramme IX.

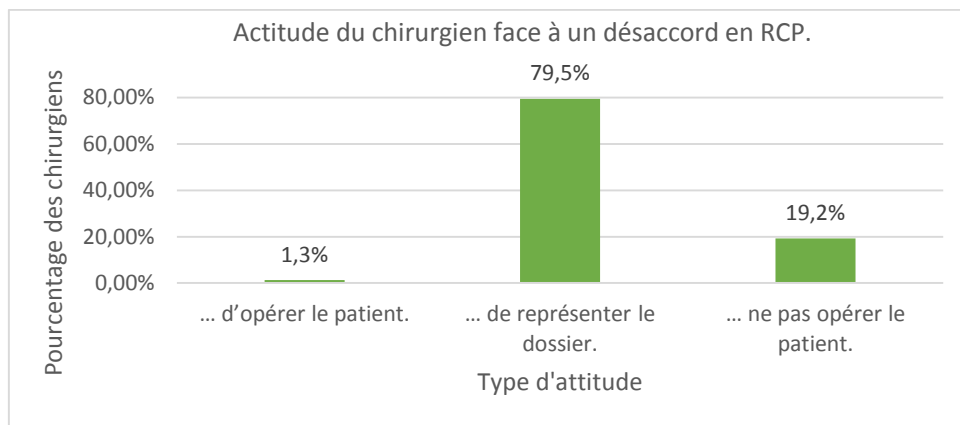
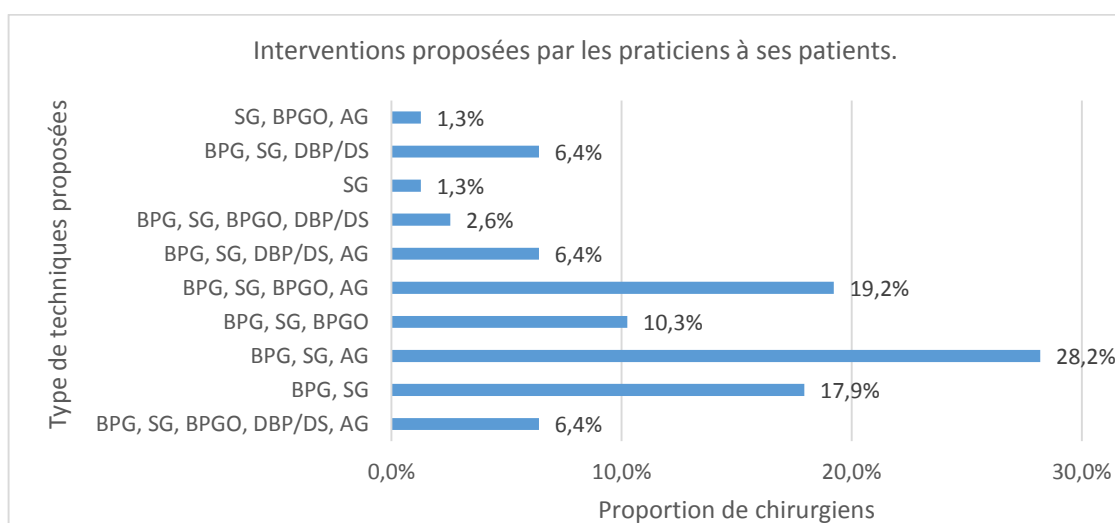


Diagramme X.



AG : Anneau gastrique. ; BPG : By-pass gastrique. ; BPGO : by-pass gastrique en oméga (mini – by-pass). ; DBP/SD : Dérivation bilio-pancréatique / switch duodéal. ; SG : Sleeve gastrectomy (gastrectomy longitudinale).

Tableau IX : Distribution des chirurgies les plus réalisées et celles dont leurs résultats sont les meilleurs d'après les chirurgiens participants.

Techniques chirurgicales	Proportion de techniques chirurgicales les plus réalisées	Proportion de techniques chirurgicales considérait ayant les meilleurs résultats
BPG	29,5%	56,4%
SG	65,4%	21,8%
BPGO	5,1%	17,9%
DBP/DS	0,0%	3,8%
Total	100,0%	100,0%

BPG : By-pass gastrique. ; BPGO : by-pass gastrique en oméga (mini – by-pass). ; DBP/SD : Dérivation bilio-pancréatique / switch duodéal. ; SG : Sleeve gastrectomy (gastrectomy longitudinale).

Comparaison des résultats des notions du questionnaire : partie analytique.

Tableau i : L'opinion des indications HAS confrontée au secteur d'exercice (avec regroupement des choix).

Secteur d'exercice	Opinion face aux indications		Sous-totaux
	Faudrait les modifier. ²	Ne faudrait pas les modifier.	
Libéral pur.	28,2%	34,6%	62,8%
Hospitalier¹+ Hospitalo-Universitaire¹	17,9%	19,2%	37,2%
Sous-totaux	46,2%	53,8%	100%

¹avec ou sans activité libérale ; ²augmenter ou diminuer les libertés des professionnels de santé et du patient.

Tableau ii : Le type de technique préférée en relation avec le temps d'exercice de la chirurgie bariatrique.

Temps d'expérience	Technique préférée		Sous-totaux
	BPG + BPGO	SG	
< 3 ans	3,8%	7,7%	11,5%
> 15 ans	10,3%	20,5%	30,8%
10 à 15 ans	5,1%	9,0%	14,1%
3 à 5 ans	9,0%	14,1%	23,1%
5 à 10 ans	6,4%	14,1%	20,5%
Sous-totaux	34,6%	65,4%	100%

BPG : By-pass gastrique. ; BPGO : by-pass gastrique en oméga (mini – by-pass). ; SG : Sleeve gastrectomy.

Tableau iii : Relation entre la proportion de l'activité en chirurgie bariatrique et l'opinion sur les indications chirurgicales actuelles (2009) de cette pratique.

Proportion de la bariatrique sur l'activité globale	Opinion sur les indications HAS.		Sous-totaux
	Faudrait les modifier. ¹	Ne faudrait pas les modifier.	
< 25%	23,1%	11,5%	34,6%

> 75%	3,8%	12,8%	16,7%
Entre 25% et 50%	14,1%	9,0%	23,1%
Entre 50 et 75%	6,4%	7,7%	14,1%
Environ 50%	6,4%	5,1%	11,5%
Sous-totaux	53,8%	46,2%	100%

¹augmenter ou diminuer les libertés des professionnels de santé et du patient.

Tableau iv : Type de parcours réalisé pour apprendre à faire des technique bariatrique et le type de technique qu'ils considéraient la plus probante.

Type de technique plus probante (en %)	Type de parcours réalisé (en %)									Sous-totaux (en %)
	Autres ¹	CH ²	CHU ³ + Autres ¹	CHU ⁴	CHU ⁴ + Autres ¹	CHU ⁴ + CHU ³	CHU ⁴ + CHU ³ + Autres ¹	CHU ⁴ + CHU ³ + CH ²	CHU ⁴ + CHU ³ + CH ² + Autres ¹	
BPG	20,5	0,0	0,0	2,6	1,3	11,5	7,7	0,0	0,0	56,4
BPGO	5,1	1,3	1,3	1,3	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	17,9
DBP/DS	2,6	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8
SG	10,3	0,0	0,0	2,6	0,0	3,8	0,0	1,3	1,3	21,8
Sous-totaux (en %)	38,5	1,3	1,3	7,7	1,3	16,7	7,7	1,3	1,3	100

BPG : By-pass gastrique. ; BPGO : by-pass gastrique en oméga (mini – by-pass). ; SG : Sleeve gastrectomy ; CH : centre hospitalier ; CHU : centre hospitalo-universitaire

¹stages hors internat/assistantat, DIU/DU, etc. ; ² lors de mon internat ; ³ lors de mon clinicat-assistantat ;

⁴ lors de mon internat.

Tableau v : Diversité de leurs activités par rapport au secteur d'exercice.

Autres types de chirurgies	Secteur d'exercice			Sous-totaux
	Libéral pur	Hospitalier ¹	Hospitalo-Universitaire ¹	
Chirurgie générale ² + oeso-gastrique ³	0,0%	1,3%	1,3%	2,6%
Chirurgie générale ¹ + endocrinienne ⁴ + hépato-bilio-pancréatique ⁵ + colorectale.	0,0%	1,3%	0,0%	1,3%

Chirurgie générale ¹ + endocrinienne ⁴ + hépato-bilio-pancréatique ⁵ + oeso-gastrique ³	1,3%	0,0%	0,0%	1,3%
Chirurgie générale ¹ + endocrinienne ⁴ + oeso-gastrique ³	1,3%	1,3%	0,0%	2,6%
Chirurgie générale ¹ + endocrinienne ⁴	1,3%	3,8%	0,0%	5,1%
Chirurgie colorectale.	1,3%	0,0%	0,0%	1,3%
Chirurgie générale ¹ + hépato-bilio-pancréatique ⁵ + colorectale.	2,6%	1,3%	1,3%	5,1%
Chirurgie générale ¹ + endocrinienne ⁴ + hépato-bilio-pancréatique ⁵ + oeso-gastrique ³ + colorectale.	2,6%	3,8%	0,0%	6,4%
Chirurgie générale ¹ + endocrinienne ⁴ + oeso-gastrique ³ + colorectale.	5,1%	0,0%	0,0%	5,1%
Chirurgie générale ² + endocrinienne ⁴ + colorectale.	7,7%	3,8%	0,0%	11,5%
Chirurgie générale ²	7,7%	3,8%	0,0%	11,5%
Chirurgie générale ¹ + oeso-gastrique ³ + colorectale.	9,0%	2,6%	0,0%	11,5%
Chirurgie générale ¹ + colorectale.	10,3%	7,7%	0,0%	17,9%
Chirurgie générale ¹ + hépato-bilio-pancréatique ⁵ + oeso-gastrique ³ + colorectale.	12,8%	2,6%	1,3%	16,7%
Sous-totaux	62,8%	33,3%	3,8%	100%

¹avec ou sans activité libérale ;

²hernie/éventration/vésicule biliaire ; ³chirurgie en dehors de la chirurgie bariatrique ; ⁴chirurgie thyroïde/surrénale ; ⁵Chirurgie foie/pancréas/canaux biliaires sauf vésicule.

Tableau vi : Relation entre temps de pratique à nom propre de chirurgie bariatrique et la manière de recruter des patients.

Temps de pratique à titre personnel

Biais de recrutement des patients.	< 3 ans	> 15 ans	10 à 15 ans	3 à 5 ans	5 à 10 ans	Sous-totaux
Directement à vous.	1,3%	7,7%	0%	3,9%	3,9%	16,7%
Directement à vous + par le médecin traitant.	2,6%	1,3%	3,9%	1,3%	1,3%	10,3%
Directement à vous + par le médecin traitant + par l'endocrinologue.	1,3%	2,6%	0%	2,6%	3,85%	10,3%
Directement à vous + par le médecin traitant + par l'endocrinologue + par le nutritionniste.	1,3%	5,2%	5,2%	5,2%	5,2%	21,8%
Directement à vous + par le médecin traitant + par l'endocrinologue + par le nutritionniste + le psychologue.	0%	3,85%	2,6%	2,6%	2,6%	11,5%
Directement à vous + par le médecin traitant + par le nutritionniste.	0%	6,4%	1,3%	1,3%	2,6%	11,5%
Directement à vous + par le médecin traitant + par le nutritionniste+ par le psychologue.	1,3%	0%	0%	0%	1,3%	2,6%
Directement à vous + par le nutritionniste	0%	1,3%	0%	0%	0%	1,7%
Par le médecin traitant.	2,6%	2,6%	1,3%	1,3%	0%	7,7%
Par le médecin traitant + par l'endocrinologue + le psychologue.	0%	0%	0%	1,3%	0%	1,3%
Par le médecin traitant + par le nutritionniste.	0%	0%	0%	2,6%	0%	2,6%
Par le nutritionniste.	1,3%	0%	0%	1,3%	0%	2,6%
Sous-totaux	11,5%	30,8%	14,1%	23,1%	20,5%	100%

Tableau vii : Le rapport entre ma manière de recruter ses patients et le secteur d'exercice du chirurgien.

Biais de recrutement	Secteur d'exercice			Sous-totaux
	Libéral pur.	Hospitalier ¹	Hospitalo-Universitaire ¹	
Par le nutritionniste.	0,0%	2,6%	0,0%	2,6%
Par le médecin traitant + par l'endocrinologue + par le psychologue.	1,3%	0,0%	0,0%	1,3%
Ils viennent directement à vous + par le nutritionniste.	1,3%	0,0%	0,0%	1,3%
Par le médecin traitant + par le nutritionniste.	2,6%	0,0%	0,0%	2,6%
Ils viennent directement à vous + par le médecin traitant+ par le psychologue + par le nutritionniste.	2,6%	0,0%	0,0%	2,6%
Ils viennent directement à vous + par le médecin traitant + par l'endocrinologue.	3,8%	6,4%	0,0%	10,3%
Par le médecin traitant.	5,1%	1,3%	1,3%	7,7%
Ils viennent directement à vous + par le médecin traitant.	5,1%	5,1%	0,0%	10,3%
Ils viennent directement à vous + par le médecin traitant + par l'endocrinologue + par le nutritionniste + par le psychologue.	5,1%	3,8%	2,6%	11,5%
Ils viennent directement à vous.	9,0%	7,7%	0,0%	16,7%
Ils viennent directement à vous + par le médecin traitant + par le nutritionniste	11,5%	0,0%	0,0%	11,5%
Ils viennent directement à vous + par le médecin traitant + par l'endocrinologue + par le nutritionniste.	15,4%	6,4%	0,0%	21,8%
Sous-totaux	62,8%	33,3%	3,8%	100%

¹avec ou sans activité libérale

Tableau viii : Relation entre le nombre de professionnels qui conforme le RCP et le parcours académique du chirurgien en chirurgie bariatrique.

Parcours académique	Nombre de professionnels dans la RCP					Sous-totaux
	< 5	> 15	11-15	5-7	7-10	
Autres¹	3,8%	1,3%	3,8%	19,2%	10,3%	38,5%
CH²	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	1,3%
CHU³ + Autres¹	0,0%	1,3%	1,3%	10,3%	10,3%	23,1%
CHU³ + Autres¹	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	1,3%
CHU⁴	0,0%	0,0%	0,0%	6,4%	1,3%	7,7%
CHU⁴ + Autres¹	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	1,3%
CHU⁴ + CHU³	3,8%	0,0%	0,0%	3,8%	9,0%	16,7%
CHU⁴ + CHU³ + Autres¹	2,6%	0,0%	0,0%	2,6%	2,6%	7,7%
CHU⁴ + CHU³ + CH²	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	1,3%
CHU⁴ + CHU³ + CH² + Autres¹	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	1,3%
Sous-totaux	10,3%	2,6%	7,7%	46,2%	33,3%	100%

¹stages hors internat/assistantat, DIU/DU, etc. ; ² lors de mon internat ; ³ lors de mon clinicat-assistantat ;

⁴ lors de mon internat.