



HAL
open science

Attentes des médecins généralistes en matière de formation pour le suivi des personnes opérées de chirurgie bariatrique : enquête qualitative auprès des médecins généralistes

Emma Lucquiaud

► To cite this version:

Emma Lucquiaud. Attentes des médecins généralistes en matière de formation pour le suivi des personnes opérées de chirurgie bariatrique : enquête qualitative auprès des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03004134

HAL Id: dumas-03004134

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03004134>

Submitted on 13 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 - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Emma LUCQUIAUD

Le 8 novembre 2018

**« ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES EN MATIERE DE
FORMATION POUR LE SUIVI DES PERSONNES OPEREES DE CHIRURGIE
BARIATRIQUE : ENQUETE QUALITATIVE AUPRES DES MEDECINS
GENERALISTES »**

Directeur de thèse : Docteur Lucie Rieu-Clotet

JURY

Président : Professeur Antoine Avignon

Assesseurs :

Professeur David Nocca

Docteur David Costa

Docteur Lucie Rieu-Clotet

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Emma LUCQUIAUD

Le 8 novembre 2018

**« ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES EN MATIERE DE
FORMATION POUR LE SUIVI DES PERSONNES OPEREES DE CHIRURGIE
BARIATRIQUE : ENQUETE QUALITATIVE AUPRES DES MEDECINS
GENERALISTES »**

Directeur de thèse : Docteur Lucie Rieu-Clotet

JURY

Président : Professeur Antoine Avignon

Assesseurs :

Professeur David Nocca

Docteur David Costa

Docteur Lucie Rieu-Clotet

Liste du corps enseignant



ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain
DU CAILLAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie
Madeleine
MAGNAN DE BORNIER
Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT
Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales

TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire

SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel
RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - (Dermato-vénéréologie)
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

FAILLIE Jean-Luc-

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie

HERRERO Astrid-Chirurgie générale

PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier l'ensemble des membres du jury pour avoir accepté de participer à l'évaluation de ma thèse.

Je tiens également à remercier ma directrice de thèse et de mémoire, Dr Lucie Rieu-Clotet, qui a été à mes côtés durant ce travail et qui m'a guidée depuis le début.

Je tiens à remercier l'université de médecine François Rabelais de Tours ainsi que le CHU de Tours qui m'ont encadrée lors de mon externat de médecine, en favorisant une approche humaine et un apprentissage axé sur la clinique, notamment lors des stages d'externe.

Je tiens à remercier l'université de médecine de Montpellier-Nîmes pour m'avoir accueillie lors de mon internat.

Je tiens à remercier les différents structures et hôpitaux dans lesquels j'ai réalisé mes stages d'interne et notamment les personnes que j'ai croisées et qui m'ont encadrée me permettant l'acquisition de la pratique de la médecine, soit les services de Gynécologie- Obstétrique et de Pédiatrie du CH de Carcassonne, le service des Urgences du CH de Narbonne, mes praticiens de Médecine Générale : Dr BIDAL, Dr RENON, Dr WIBLE, le service de Nutrition-Diabétologie du CHU de Montpellier, le service de Nutrition-Diabétologie du CHU Le Grau Du Roi, le service de Nutrition et des Maladies Métaboliques et Endocriniennes du CHU de Nîmes.

Je remercie tous ceux qui m'ont fait découvrir et aimer le monde de la nutrition. Tout d'abord, Jennifer Dapoigny pour ses conseils, qui m'ont fait sauter le pas en m'inscrivant au DESC de Nutrition. Au Pr Antoine Avignon, avec qui j'ai découvert la pratique de la nutrition en appréhendant les personnes dans leur globalité. Au Dr Sophie Schuldiner, dont le semestre dans son service m'a permis de mettre en pratique et au quotidien de l'éducation thérapeutique. Au Dr Camille Bories, qui durant ces quelques mois à ses côtés m'a fait découvrir la prise en charge

des personnes avec dénutrition. Au Dr Véronique Taillard, qui a boosté mes connaissances en nutrition et avec qui j'apprends quotidiennement.

Je remercie également Dr Anne-Marie Guedj, Dr Mathilde Salacroup, Dr Aline Artières, Dr Ariane Sultan, Dr Vincent Attalin, Dr Emilie Morcrette, Dr Catherine Boegner.

Je remercie ma famille de m'avoir soutenue et aidée dans mes études, ma mère, mon père, et mes trois frères. J'ai toujours pu compter sur eux, malgré l'éloignement physique durant l'internat.

Je remercie tous mes amis. En premier, Laure, Laura, Camille, Tahnee, et Mako qui seront éternelles pour moi et qui ont toujours été là.

A mes amis d'externat, Marc, Sandra, Hugo, Aurélien, avec qui nous formions une équipe de choc avec beaucoup de bienveillance, d'entraide, de soutien et de rires.

A mes colocataires de Carcassonne, Boran et Hélène. A mes colocataires de Narbonne, Pauline, Aurélie, Timothée et Guillaume.

A mes amies rencontrées en stage, Lucie, Pauline, Soumia, Clara. A mes co-internes du Grau Du Roi, dont le stage aura été le meilleur, Kevin, Marjorie, Carole-Anne et Johanna.

A Marion et Olivier, avec qui la pratique du badminton m'a permis de me défouler et de sortir un peu de la médecine.

A Thomas, qui a été à mes côtés durant ces nombreuses années d'études.

Je remercie toutes les personnes qui ont croisé mon chemin et qui m'ont aidé à me construire et à devenir la personne que je suis aujourd'hui.

Table des matières

I.	Introduction.....	13
A.	Surpoids et obésité.....	13
1.	Définitions et épidémiologie.....	13
2.	Conséquences et complications	13
3.	Prise en charge du surpoids et de l'obésité.....	14
B.	La chirurgie bariatrique	15
1.	Définitions et épidémiologie.....	15
2.	Prise en charge de l'obésité par la chirurgie bariatrique.....	16
C.	Chirurgie bariatrique et médecine générale.....	16
D.	La formation des médecins généralistes	17
1.	Formation initiale.....	17
2.	Formation continue	18
II.	Matériel et Méthode.....	19
A.	Type d'étude	19
B.	Population	19
C.	Guide d'entretien	19
D.	Entretiens semi directifs.....	20
E.	Analyse thématique	21
F.	Ethique	21
III.	Résultats.....	22
A.	Recrutement de la population	22
B.	Caractéristiques de la population	22
C.	Analyse thématique	23
1.	Pour les médecins généralistes, la prise en charge du surpoids et de l'obésité est avant tout non chirurgicale.....	23
2.	Avis mitigé des médecins généralistes sur la chirurgie bariatrique	25

3.	Perception des médecins généralistes sur leurs connaissances concernant la chirurgie bariatrique.....	28
4.	Besoins de formation des médecins généralistes	30
5.	Moyens de formation préférés des médecins généralistes	33
6.	Souhait de formation sur la chirurgie bariatrique	35
IV.	Discussion	38
A.	Les forces de l'étude	38
B.	Les limites de l'étude.....	38
C.	Synthèse des résultats.....	39
V.	Conclusion	42
VI.	Bibliographie :	43
VII.	Serment d'Hippocrate	46

I. Introduction

A. Surpoids et obésité

1. Définitions et épidémiologie

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit le surpoids et l'obésité comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé » (1).

L'estimation du surpoids et de l'obésité se fait avec l'indice de masse corporelle (IMC), qui est défini par le rapport du poids en kilogrammes sur la taille en mètres au carré.

Un IMC normal chez l'adulte est compris entre 18,5 kg/m² et 24,9 kg/m². Le surpoids est défini pour les IMC entre 25 kg/m² et 29,9 kg/m², l'obésité commence à un IMC \geq à 30 kg/m². L'obésité est classée en 3 classes : classe 1 avec un IMC entre 30 kg/m² et 34,9 kg/m², classe 2 avec un IMC entre 35 kg/m² et 39,9 kg/m², classe 3 avec un IMC \geq à 40 kg/m².

La prévalence de l'obésité augmente depuis plusieurs années (2) (3) (4). Au niveau mondial, elle est passée de 3,2% en 1975 à 10,8% en 2014 chez les hommes, et de 6,4% en 1975 à 14,9% en 2014 chez les femmes. L'obésité morbide (IMC \geq 40 kg/m²) a atteint en 2014 0.64% chez les hommes et 1,6 % chez les femmes (4).

Selon l'étude Obépi 2012, la prévalence du surpoids était de 32,3% et celle de l'obésité de 15%, en France, chez les plus de 18 ans. Cependant, l'augmentation de la prévalence de l'obésité a tendance à se ralentir. En effet, entre 2009 et 2012, l'augmentation de la prévalence de l'obésité n'est pas statistiquement significative passant de 14,5% à 15% respectivement. L'obésité touche davantage les femmes que les hommes. De plus, il existe une relation inversement proportionnelle entre revenus d'un foyer et la prévalence de l'obésité (2).

Les médecins sont donc de plus en plus confrontés à une patientèle atteinte de surpoids ou d'obésité.

2. Conséquences et complications

Le surpoids et l'obésité sont associés à de nombreux problèmes de santé : pathologies cardiovasculaires (hypertension artérielle, cardiopathie ischémique, accident vasculaire cérébral, ...), diabète de type 2, pathologies hépato-gastro-entérologiques (reflux gastro-œsophagien, stéatose hépatique, ...), pathologies respiratoires (asthme, syndrome d'apnées obstructives du

sommeil, ...) cancers, pathologies ostéo-articulaires (arthrose, ...), troubles de la fertilité, complications cutanées, complications psychologiques et sociales.

L'association avec d'autres pathologies et notamment avec des facteurs de risque cardiovasculaires (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète) entraînent une morbi-mortalité plus importante chez ces patients (2) (3).

De plus, nous savons que les personnes avec un surpoids ou une obésité engendrent des coûts de santé plus importants que les personnes de poids normal (5). Nous pouvons même parler d'une manière plus globale de coûts sociaux plus importants (6).

Le surpoids et l'obésité deviennent donc un problème de santé publique.

3. Prise en charge du surpoids et de l'obésité

a. Une multitude de solutions

Des solutions pour perdre du poids se sont multipliées durant ces dernières décennies. Elles peuvent être médicales en consultant des spécialistes, nutritionnistes, diététiciennes, en réalisant des séjours en centre de réadaptation nutritionnelle, en ayant recours à la chirurgie bariatrique. Le gouvernement a également mis en place un Plan Obésité 2010-2013.

Des médecines alternatives telles que l'hypnose, l'acupuncture, la sophrologie peuvent proposer des méthodes pour perdre du poids. Nous retrouvons la problématique du poids également dans la presse féminine, qui peut proposer aux personnes en surpoids, des régimes, des recettes minceur, de l'activité physique.

De plus, la pratique d'activité physique est devenue plus accessible avec la multiplication de salles de sport, fitness, musculation, l'accès à des cours encadrés par des coach sportifs.

L'excès de poids est une problématique de santé, qui relève des médecins. Cependant, la question du poids est également un problème de société, qui pousse les personnes à tendre vers un corps idéal, beau et performant, message relayé notamment par la publicité.

La personne en excès de poids se retrouve face à de nombreuses propositions pour perdre du poids, ne s'y retrouvant pas toujours et essaie en général, les différentes solutions.

b. Prise en charge médicale

La HAS a décidé de publier des recommandations concernant la prise en charge du surpoids et de l'obésité, au niveau médical en septembre 2011 (7) et au niveau chirurgical en janvier 2009 (8).

La prise en charge du surpoids et de l'obésité de première intention est médicale. Le diagnostic doit être réalisé par le médecin généraliste, en mesurant et en pesant les patients. Il doit mettre en place une prise en charge spécifique fondée sur l'éducation thérapeutique concernant l'alimentation, l'activité physique, et l'approche psychologique. Un suivi médical est nécessaire. Si les objectifs ne sont pas atteints après plusieurs mois, le recours à des spécialistes (diététicienne, médecin nutritionniste, psychologue, ...) est indispensable.

Le recours à la chirurgie bariatrique peut se discuter chez certains patients après un échec de la prise en charge médicale, nutritionnelle, diététique et psychothérapeutique bien menée de 6 à 12 mois minimum.

B. La chirurgie bariatrique

1. Définitions et épidémiologie

Il existe 4 grandes techniques de chirurgie bariatrique. L'anneau gastrique ajustable et la gastrectomie longitudinale ou « sleeve gastrectomie » sont des techniques restrictives. Le by pass gastrique et la dérivation bilio-pancréatique sont des techniques combinées, mal-absorptives et restrictives.

La chirurgie bariatrique par sleeve et par by pass est une pratique récente, les premières interventions ont été réalisées dans les années 1970. Elle prend de plus en plus de place récemment avec 16 000 opérations en 1990 vs 140 000 en 2005 aux Etats Unis (9). Le nombre de chirurgie bariatrique a fortement augmenté dans les années 1990. Aux Etats Unis, depuis 2005, le nombre de chirurgie bariatrique commence à atteindre un plateau (10).

En France, le nombre d'opérations est passé d'environ 17 000 interventions en 2008 à environ 47 000 interventions en 2014. Actuellement, la technique la plus utilisée est la sleeve gastrectomie (11). La France se trouve au 3^{ème} rang mondial en termes de nombre d'interventions après les Etats Unis et le Brésil (12).

2. Prise en charge de l'obésité par la chirurgie bariatrique

Le recours à la chirurgie bariatrique doit se faire au sein d'équipes pluridisciplinaires. Elle peut se discuter chez certains patients après un échec de la prise en charge médicale bien menée de 6 à 12 mois minimum. Il est nécessaire que le patient ait un IMC \geq à 40 kg/m² ou \geq à 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité pouvant être améliorée par la chirurgie, et en l'absence de contre-indications (8).

Le patient doit être informé des différentes techniques (principes, bénéfices, risques), de la nécessité de modifier son comportement alimentaire et son mode de vie, des éventuels inconvénients ou avantages de la chirurgie dans la vie au quotidien. Ces informations doivent être données par l'équipe pluridisciplinaire, et peuvent être rappelées par le médecin traitant. De plus, il est recommandé que les patients opérés aient un suivi à vie, par l'équipe qui a posé l'indication et par le médecin traitant (8).

En effet, les indications sont précises et le respect des contre-indications est primordial.

La chirurgie bariatrique est une solution efficace pour la perte de poids chez les personnes avec obésité (13). Elle permet de réduire les facteurs de risque cardio-vasculaires et la mortalité globale (13) (14).

L'amélioration des techniques chirurgicales, et notamment le développement de la laparoscopie a permis de diminuer la morbi-mortalité liée à la chirurgie. La chirurgie bariatrique est devenue une chirurgie plus sûre avec de moins en moins de complications post-opératoires (15).

C. Chirurgie bariatrique et médecine générale

Le médecin généraliste est le professionnel de santé de premier recours pour les patients. En effet, le patient a accès plus facilement à son médecin traitant qu'à un spécialiste, que ce soit en termes de délai de consultation ou de distance géographique.

Au vu du nombre annuel de réalisation de chirurgies bariatriques, on peut penser que le suivi par les spécialistes risque d'être difficile à maintenir. Le médecin généraliste devra probablement prendre le relais dans ce suivi.

Ce suivi est médiocre. Les patients opérés vont de moins en moins en consultation avec des spécialistes, chirurgien ou nutritionniste, au fil des années après la chirurgie bariatrique. Au cours

de la 5^{ème} année post-opératoire, environ 1/3 des patients n'aura pas de consultation avec un spécialiste, ni d'analyses sanguines à la recherche de carences (16).

Le médecin généraliste, étant une personne de proximité, est amené à revoir plus fréquemment ces patients, et pourra donc pallier ce manque de suivi spécialisé.

Le nombre d'opérations bariatriques réalisées en France ne cesse de s'accroître. Parallèlement, le nombre de chirurgiens et d'endocrinologues est insuffisant pour permettre des consultations de suivi régulières à long terme. On peut supposer que les médecins généralistes devront occuper une place importante dans le suivi de ces patients.

D. La formation des médecins généralistes

1. Formation initiale

Les études de médecine sont découpées en différentes périodes. La PACES (Première année communes aux études de santé), puis le DFGSM (Diplôme de formation générale en sciences médicales) durant la 2^{ème} et 3^{ème} année, puis le DFASM (diplôme de formation approfondie aux sciences médicales), de la 4^{ème} à la 6^{ème} année. Puis les étudiants passent l'examen classant national (ECN), pour accéder à l'internat dont la durée est différente selon la spécialité.

Le programme actuel de l'ECN contient un item « obésité de l'enfant et de l'adulte » et dont un des objectifs est d' « argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient ». Il y a donc une formation sur la chirurgie bariatrique, mais celle-ci est peu approfondie.

La formation médicale initiale durant l'internat de médecine générale peut différer selon les universités. Peu d'universités proposent des enseignements théoriques concernant la nutrition et notamment sur le recours à la chirurgie bariatrique. L'internat de médecine générale dure 3 ans, et se compose de 6 stages. Dans la plupart des hôpitaux, des stages de nutrition, en général couplés avec de la diabétologie ou de l'endocrinologie, sont ouverts aux internes de médecine générale, et peuvent donc permettre l'acquisition de connaissances en nutrition. Au vu du large nombre de services proposés en lieu de stage, on peut supposer que peu d'internes de médecine générale pratiquent dans un service de nutrition et aient une formation sur la chirurgie bariatrique.

La chirurgie bariatrique étant une pratique récente, la plupart des médecins installés n'ont pas pu acquérir de notions à ce propos lors de leur formation initiale. Seule la formation continue a pu leur apporter des connaissances.

2. Formation continue

La formation médicale continue (FMC) est une obligation déontologique et légale pour les médecins en France. Le médecin est libre d'organiser sa FMC comme il le souhaite, et donc il utilise les moyens de formation qu'il préfère et dont le contenu l'intéresse.

Elle peut s'effectuer de différentes manières. La FMC peut être en présentiel, lors de participation à des congrès, séminaires, diplômes universitaires (DU), ... La formation individuelle peut se faire en lisant des articles de revues, des sites web médicaux agréés. Le praticien peut également participer à des groupes de pairs.

Une formation des médecins généralistes concernant la chirurgie bariatrique peut sembler utile, notamment pour pouvoir relayer les informations données par l'équipe pluridisciplinaire, pour dépister des complications post-opératoires, pour effectuer le suivi médical post-opératoire (efficacité, adaptation des traitements, évaluations des comorbidités, recherche de carences, ...).

Cependant cette formation doit répondre aux attentes des médecins généralistes pour avoir une meilleure participation et adhésion de leur part.

L'équipe pluridisciplinaire de nutrition du CHU de Montpellier ne propose pas à ce jour de FMC sur la chirurgie bariatrique aux médecins généralistes. Avant de construire une telle formation, elle se pose la question des besoins et attentes des intéressés.

L'objectif de cette étude était d'explorer les attentes des médecins généralistes concernant une formation médicale sur la chirurgie bariatrique.

II. Matériel et Méthode

A. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative avec analyse thématique. Ce type d'étude semblait le plus approprié pour recueillir les attentes des médecins généralistes concernant une formation sur la chirurgie bariatrique.

B. Population

Le recrutement de la majorité des médecins généralistes s'est fait à l'aide de l'annuaire médical disponible sur le site internet de l'Assurance Maladie « ameli.fr ». Une faible partie des médecins interrogés était des connaissances de médecins côtoyés par l'enquêtrice. Les médecins étaient installés dans la région du Languedoc Roussillon, dans le département de l'Hérault et du Gard. Ils ont été contactés par téléphone à leur cabinet, la participation était basée sur le volontariat.

L'échantillonnage a été réalisé en veillant à avoir une population hétérogène afin d'avoir une variation maximale en termes de sexe, d'âge, d'année d'installation, de lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural), de mode d'exercice, de type d'installation (individuel, groupe mono ou pluri professionnel), de formations spécifiques.

Le recrutement s'est terminé lorsque nous sommes arrivés à saturation des données, ce qui a déterminé la taille de notre échantillon.

C. Guide d'entretien

Le guide d'entretien, à base de questions ouvertes, a été élaboré par deux chercheurs dont une formée à la recherche qualitative (L.Rieu-Clotet). Il a été testé sur deux entretiens. Aucune modification n'a paru nécessaire.

Guide d'entretien :

- 1- Comment prenez-vous en charge vos patients qui ont un problème de poids ?
 - Relance : Que leur proposez-vous ? (Régimes, consultation spécialiste : diététicienne, nutritionniste, endocrinologue, ambulatoire, CHU, ...)
- 2- Que pensez-vous de la chirurgie bariatrique ?
 - Relance : Seriez-vous plutôt pour ou contre ? Pourquoi ?
 - Relance : Avez-vous déjà proposé une chirurgie bariatrique à un de vos patients ?

- Comment se passe le suivi de vos patients opérés ?
- 3- Comment qualifieriez-vous vos connaissances concernant la chirurgie bariatrique ?
- Relance : Vous sentez vous à l'aise avec la prescription et le suivi de la chirurgie bariatrique ?
 - Relance : avec les indications, les contres indications, le suivi et les complications ?
- 4- Quelles difficultés pouvez-vous avoir face à un patient voulant ou ayant eu une chirurgie bariatrique ?
- Relance : description des techniques, indications, suivi, complications, questions des patients
- 5- Comment avez-vous acquis vos connaissances sur la chirurgie bariatrique ?
- 6- D'une manière générale, quels moyens préférez-vous comme formation médicale continue ?
- Relance : en congrès, séminaires, soirée DPC, DU, DIU, groupes de paires, journaux scientifiques, revues, livres, recommandations HAS, sites internet
- 7- Souhaiteriez-vous avoir une formation concernant la chirurgie bariatrique ?
- Pourquoi ?
 - Par quels moyens ?
- 8- Qu'aimeriez-vous apprendre sur la chirurgie bariatrique avec cette formation ?
- 9- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

D. Entretiens semi directifs

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs individuels, en face à face, au cabinet des médecins généralistes. Les entretiens ont été enregistrés après recueil du consentement et de manière anonyme, à l'aide d'un dictaphone Olympus et d'un smartphone Samsung A3. Ils ont été réalisés par la même enquêtrice (Emma Lucquiaud) formée aux entretiens semi-directifs. Le but de l'entretien était expliqué aux médecins avant le début de l'entretien.

Chaque entretien a été retranscrit de manière anonyme et en prenant en compte le langage non-verbal en format texte sous Word 2016®.

E. Analyse thématique

Chaque entretien correspondait à un verbatim noté de V1 à V13. Nous avons réalisé une analyse thématique verbatim par verbatim jusqu'à saturation des données et au fur et à mesure du recueil des entretiens. Puis nous avons réalisé une analyse transversale avec l'ensemble des 13 verbatims.

L'analyse a été faite par 2 chercheurs séparément (L. Rieu-Clotet et E. Lucquiaud) afin d'avoir une triangulation des chercheurs.

F. Ethique

La recherche qualitative relevant des sciences humaines et sociales, elle ne relève pas d'un comité d'éthique selon la loi Jardé 2017. De plus, les interviewés étaient des médecins et non des patients. Leur consentement oral et écrit a été recueilli au début des entretiens afin d'utiliser les données de l'entretien pour la recherche. Les verbatims ont été anonymisés et conservés sur un ordinateur sécurisé.

III. Résultats

A. Recrutement de la population

La réalisation des entretiens semi-directifs se sont déroulés du 20 Février 2018 au 14 Juin 2018, dans les départements de l'Hérault (34) et du Gard (30). Nous avons interrogé 13 médecins généralistes, de manière individuelle, au cabinet du médecin.

Nous avons contacté une quarantaine de cabinets de médecins généralistes, soit une centaine de médecins. Une quinzaine de médecins ont refusé de participer à l'étude, le reste des médecins contactés n'ont pas rappelé après avoir laissé les coordonnées de l'enquêtrice au secrétariat du cabinet. Huit des médecins contactés ont accepté de participer à l'étude.

Cinq médecins ont été contactés par le biais de connaissances de l'interviewer.

Nous sommes arrivés à saturation des données au 9^{ème} verbatim.

B. Caractéristiques de la population

Les caractéristiques des médecins sont présentées dans le tableau 1 ci-dessous. Sur les 13 médecins, 9 étaient des femmes et 4 des hommes. La moyenne d'âge était de 43 ans (30-58 ans). Leur nombre d'années d'installation variait de 3 à 25 ans, pour une moyenne de 14 années. Deux médecins étaient des remplaçants réguliers du cabinet où ils exerçaient.

Huit médecins généralistes exerçaient dans le département du Gard (30) et 5 dans le département de l'Hérault (34). Quarante-six pourcents des médecins pratiquaient en milieu urbain, 31% en milieu semi rural et 23% en milieu rural.

Soixante-douze pourcents des médecins exerçaient au sein d'un groupe mono-professionnel, 18% au sein d'un groupe pluri-professionnel, et 10% dans un cabinet individuel.

Quatre médecins sur 13 avaient déjà bénéficié d'une formation sur la chirurgie bariatrique, dont un stage d'externe en chirurgie bariatrique, deux stages d'interne en endocrino-nutrition et une conférence sur « la place de la chirurgie bariatrique dans la prise en charge de l'obésité ».

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Verbatim	Age (ans)	Sexe	Statut	Nbre année installation	Type installation	Département	Milieu d'exercice	Formation sur la chirurgie bariatrique
V1	55	F	installé	23 ans	monoprofessionnel	34	rural	Conférence
V2	57	F	installé	20 ans	monoprofessionnel	34	rural	0
V3	31	F	installé	3 ans	monoprofessionnel	30	semi rural	0
V4	33	F	remplaçant	0		30	semi-rural	Semestre d'interne en nutrition
V5	37	F	installé	5 ans	monoprofessionnel	34	urbain	0
V6	58	F	installé	25 ans	pluriprofessionnel	30	semi rural	0
V7	54	M	installé	25 ans	monoprofessionnel	34	urbain	0
V8	50	F	installé	19 ans	individuel	30	urbain	
V9	35	M	installé	6 ans	individuel	30	rural	0
V10	30	M	remplaçant	0		34	urbain	stage d'externat en chirurgie bariatrique
V11	45	M	installé	16 ans	monoprofessionnel	30	urbain	0
V12	33	F	installé	4 ans	monoprofessionnel	30	urbain	Stage d'internat en MME + FMC sur CB
V13	39	F	installé	6 ans	groupe monoprofessionnel	30	semi rural	0

C. Analyse thématique

1. Pour les médecins généralistes, la prise en charge du surpoids et de l'obésité est avant tout non chirurgicale

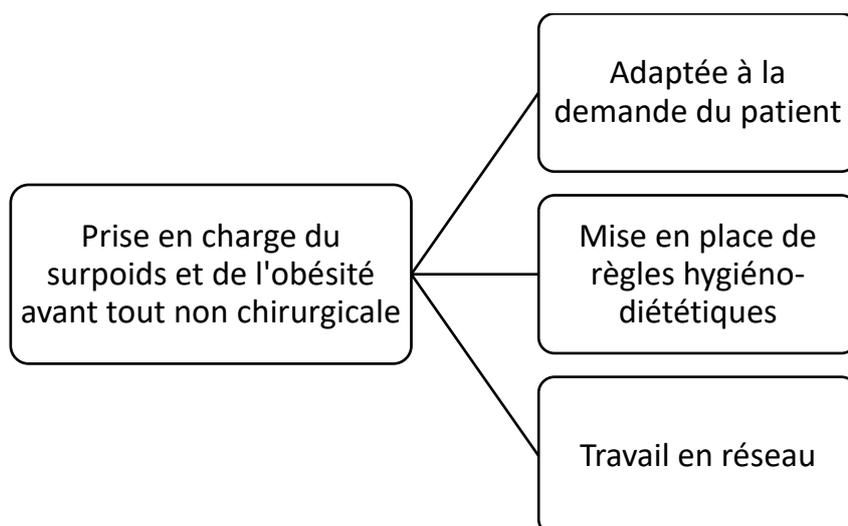


Figure 1: Prise en charge médicale du surpoids et de l'obésité toujours prioritaire

Les médecins généralistes sont conscients que la prise en charge des patients avec surpoids ou obésité est avant tout médicale.

a. Prise en charge adaptée à la demande du patient :

Il est nécessaire que le patient soit en demande face à son problème de poids.

« Ceux qui sont demandeurs, j'écoute un peu le sujet de leur demande » V9

« J'avoue que tant qu'ils ne sont pas demandeurs, je suscite au moins la question, je leur dis qu'il faudrait, mais après s'ils ne veulent pas plus, je ne vais pas insister » V9

b. Mise en place de règles hygiéno-diététiques :

La prise en charge médicale repose avant tout sur une approche diététique, à l'aide d'enquête alimentaire, de conseils diététiques et d'une reprise d'activité physique adaptée.

« Je leur demande toujours, s'ils ont envie bien entendu, de m'amener une enquête alimentaire » V6

« En première intention, je leur donne des conseils diététiques » V2

« Je revois avec eux l'activité physique en fonction de ce qu'ils sont en mesure de faire » V5

c. Travail en réseau :

Le médecin généraliste travaille en réseau avec des médecins ambulatoires ou à l'hôpital, en orientant ses patients si nécessaire vers des spécialistes, tels que diététicien, médecin nutritionniste, médecin endocrinologue.

« Après ils peuvent aller sur l'hôpital, en consultation, voir avec les nutritionnistes ou les diététiciennes » V2

« Ensuite, si jamais il y a échec de toutes ces mesures-là, s'aider de l'avis d'un confrère spécialiste » V8

« S'il y a une obésité morbide et avec des complications majeures, il m'arrive de solliciter le service de nutrition du CHU, pour être intégré dans des groupes, centrés sur le patient, avec de

l'éducation thérapeutique, un suivi médical, des groupes de parole, des groupes de remise en forme » V4

2. Avis mitigé des médecins généralistes sur la chirurgie bariatrique

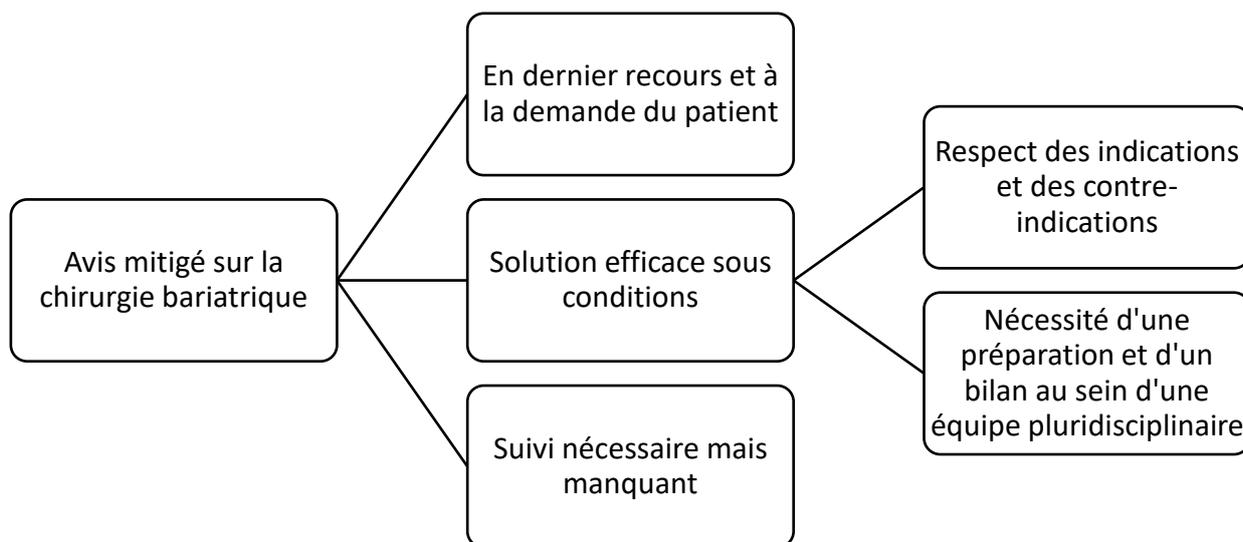


Figure 2: Avis mitigé des médecins généralistes

a. Prise en charge de dernier recours et à la demande du patient

Les médecins généralistes ont un avis mitigé concernant la chirurgie bariatrique. Leur avis dépend notamment des expériences de leurs patients.

« J'ai vu beaucoup d'échecs en fait, que j'ai vu comme parfois jusqu'à des mutilations chez les gens » V4

Ils considèrent que c'est une prise en charge de dernier recours après échec de la prise en charge médicale.

« Voilà, et si ça ne marche pas, après plusieurs mois, si on n'a pas avancé, et que ça perturbe toujours » V7

« Quand on n'arrive pas à décrocher un poids, et que ça commence à poser problème sur le plan de la santé de la personne », « mais vraiment en dernier recours » V8

La majorité des médecins généralistes souhaitait que la demande d'une chirurgie bariatrique vienne du patient.

« Les orienter vers la chirurgie bariatrique, moi j'attends d'abord que ce soit une demande un peu de leur part » V2

b. Solution efficace sous conditions :

- **Respect des indications et des contre-indications :**

Les médecins généralistes sont d'accord pour dire que la chirurgie bariatrique est une solution qui peut être efficace mais sous certaines conditions. Tout d'abord, tous les patients ne sont pas éligibles à la chirurgie bariatrique. Les médecins généralistes ont mis le point sur l'importance de prendre en compte l'état psychologique des patients et le fait de respecter les contre-indications psychiatriques et psychologiques.

« Certains avec un succès, ils ont perdu beaucoup de poids, ils ont une silhouette tout à fait normale, » V2

« Moi j'ai un patient qui voulait se faire opérer, pendant plus d'un an il a fait des examens, des entretiens, il a été exploré, etc... Par la suite ça a bien marché, il a perdu 40kg, il va beaucoup mieux » V2

« Avec surtout un côté psychologique qui a vraiment besoin d'être pris en charge, qui a vraiment besoin d'un suivi après » V2

« Si les critères sont bien respectés et qu'effectivement il n'y a pas de contre-indication psychiatrique, que sur le plan alimentaire, on sait qu'ils vont suivre les règles alimentaires » V12

« Quand on a des mauvaises indications de chirurgie parce qu'il y a un trouble psychiatrique sous-jacent, ben c'est la catastrophe » V 13

- **Nécessité d'une préparation et d'un bilan au sein d'une équipe pluridisciplinaire connue :**

Il est nécessaire de réaliser une bonne préparation du patient, en ayant recours à des équipes pluridisciplinaires pour réaliser le bilan pré-chirurgie. Les médecins généralistes adressent leurs

patients à des centres qui leur sont connus et en qui ils ont confiance, avec une préférence pour les CHU.

« Je pense que ça doit se faire avec toute une approche auparavant, avec une prise en charge multidisciplinaire » V2

« Par contre, il faut que ce soit une chirurgie bien préparée » V8

« Quand c'est bien conduit, quand c'est préparé en amont, et quand c'est suivi en aval, je trouve quand on arrive à des bons résultats » V11

« J'essaie d'envoyer vers des services que je connais et qui je sais mettront en place tout ce qu'il faut, c'est-à-dire des rendez-vous psychologue, diet, suivi avant pendant après » V4

« Quand j'adresse pour de la chirurgie c'est à l'hôpital, au CHU » V8

« Donc le circuit à l'hôpital, c'est génial, en ville c'est un peu plus compliqué » V12

c. Suivi post-opératoire nécessaire mais manquant :

Les médecins généralistes sont conscients que le suivi spécialisé post-opératoire et à long terme est manquant, avec des patients perdus de vue. La chirurgie bariatrique n'est pas dénuée d'effets indésirables et de complications, ce que craint le médecin généraliste, d'où l'importance de maintenir un suivi.

« Je repense à une fille qui s'est fait opérer en ville, et qui n'avait pas eu de suivi du tout, et elle n'était pas revenue me voir non plus du tout après » V11

« Les patients se retrouvaient lâchés dans la nature ou ils n'avaient pas compris » V 4

« il y avait à un moment beaucoup qui étaient perdus de vue assez vite » V1

« il y a des perdus de vue quand même. Il y a des gens qu'on voyait beaucoup beaucoup avant et à partir du moment où ils se font opérés, on ne les voit plus » V13

« Ce que j'en pense après c'est sur le suivi à long terme, y a beaucoup de patients qui ont été opérés il y a plusieurs années qui ont souvent des carences » V3

« Une vie qui devient très exigeante après avoir vécu une chirurgie bariatrique, dans la quantité des choses à manger, dans la façon d'organiser sa vie » V4

3. Perception des médecins généralistes sur leurs connaissances concernant la chirurgie bariatrique

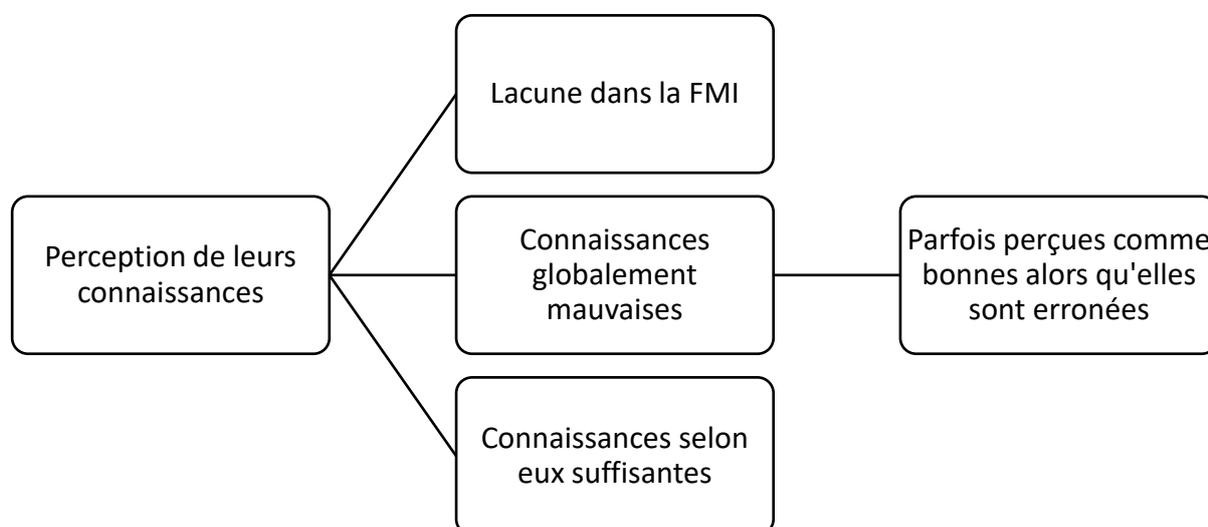


Figure 3: Perception des médecins généralistes sur leurs connaissances concernant la chirurgie bariatrique

a. Lacune dans la formation médicale initiale :

Les médecins généralistes déclarent qu'ils n'ont pas reçu d'enseignement théorique concernant la chirurgie bariatrique durant leur formation médicale initiale. Cependant certains médecins, qui faisaient partie des plus jeunes de notre échantillon, avaient réalisé des stages durant l'externat ou l'internat en lien avec la chirurgie bariatrique.

« Alors en tant qu'interne, sûr que non, aucun cours » V3

« Je ne me rappelle pas avoir eu un enseignement dédié à ce sujet » V4

« Uniquement le stage d'interne en nutrition diabéto (...) On faisait les évaluations pré op et le suivi post op dans le cadre du service de nutrition » V5

« Mon tout premier stage d'externe, c'était en chirurgie bariatrique » V10

« En passant en stage en MME : maladies métaboliques et endocriniennes » V12

b. Connaissances globalement mauvaises :

La plupart des médecins considèrent que leurs connaissances sont mauvaises ou moyennes sur la chirurgie bariatrique.

Parfois certains médecins pensent avoir de bonnes connaissances alors qu'elles sont erronées.

« Mauvaises. Je connais les grandes lignes » V8

« - Comment qualifieriez-vous vos connaissances sur la chirurgie bariatrique ?

- Assez faible » V4

« Ah les indications c'est pour les obésités morbides, au-delà de 30 » V2

c. Connaissances selon eux suffisantes pour la médecine générale :

La majorité des médecins généralistes considèrent que leurs connaissances sur la chirurgie bariatrique sont suffisantes pour l'exercice en cabinet de médecine générale, et que la prise en charge des patients relève plutôt des médecins spécialistes.

« Mes connaissances sont suffisantes pour le rôle que j'ai à jouer dans ce domaine-là » V8

« Je pense que c'est suffisant pour l'activité que j'ai. » V5

« Parce que j'ai plutôt tendance à déléguer. Intuitivement, je propose, j'adresse, et après ceux qui font de la chirurgie bariatrique font leur boulot » V8

« A chacun sa spécialité, moi j'incite juste à ce qu'ils soient suivis correctement par les spécialistes » V 11

4. Besoins de formation des médecins généralistes

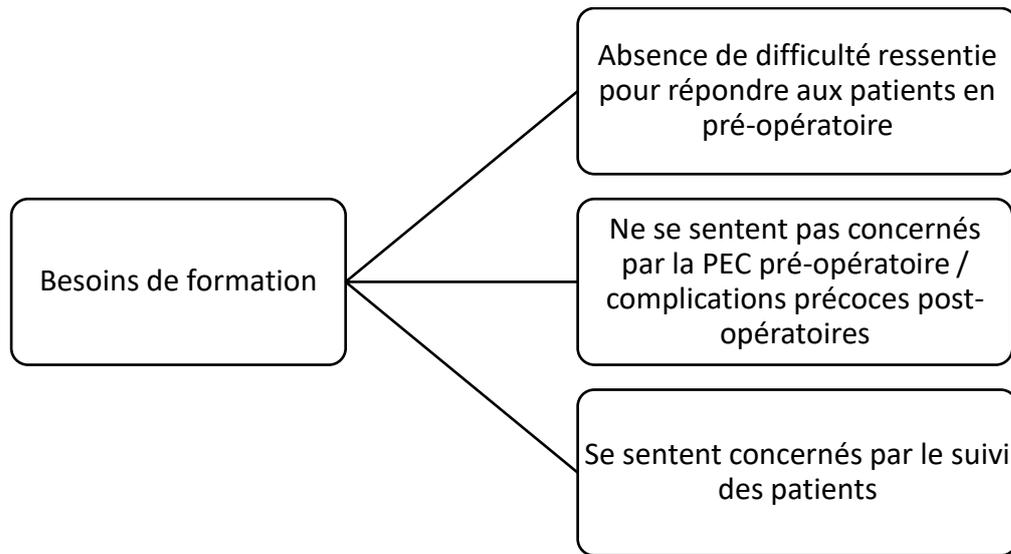


Figure 4: Besoins de formation sur la chirurgie bariatrique

a. Absence de difficulté ressentie pour répondre aux patients en pré-opératoire :

Les médecins généralistes ne se sentent pas en difficultés pour répondre à leurs patients demandeurs d'une chirurgie bariatrique. Ils se sentent capables de répondre à leurs questions, de plus ils savent que le chirurgien reprendra les questions des patients et la description des techniques.

« Alors face à un patient qui veut se faire opérer, je me sens à l'aise » V5

« Alors un patient qui voudrait se faire opérer s'il est dans les indications ou même s'il est un peu limite sur les indications, je ne suis pas forcément en difficulté, c'est vrai que j'adresse assez facilement ne serait-ce qu'une consultation avec le chirurgien, pour qu'ils discutent, donc voilà des tenants et des aboutissants » V3

L'accès à l'information est facile, via internet, ainsi les médecins généralistes peuvent s'appuyer sur ce moyen pour répondre aux patients.

« On n'est jamais vraiment en difficulté parce qu'on a toujours, on a un accès très rapide à plein d'informations, donc on peut très bien arriver à répondre, même quand on ne connaît pas le sujet. Donc non pas en difficulté, je ne crois pas » V8

« Je tracerai les grandes lignes, après je m'appuie pas mal sur le fameux site du CHU de Lille, je le montre à mes patients, ils décrivent tous les différents types d'interventions, et les suivis qui sont nécessaires. Je ne dirai pas en difficultés là-dessus, non » V13

Parfois le patient venant avec une demande de chirurgie bariatrique s'est déjà renseigné grâce à internet ou par certaines personnes de son entourage ayant été opérées, ainsi le patient n'est pas toujours en demande d'informations, mais plutôt d'un accompagnement.

« Après les gens sont souvent mieux informés que nous sur certaines choses quand ils ont déjà regardé, ils se sont documentés, ils ont été sur internet » V8

b. Les médecins généralistes ne se sentent pas concernés par la prise en charge pré-bariatrique ni par les complications précoces post-opératoires :

Les médecins généralistes se sentent peu concernés par la prise en charge en pré-chirurgie bariatrique. Poser les indications ou évaluer les contre-indications ne relèvent pas du rôle du généraliste selon eux mais du chirurgien et de l'équipe pluridisciplinaire, qui vont organiser les différents examens à effectuer avant la chirurgie.

La recherche de complications post-opératoires relève du chirurgien selon les médecins généralistes.

« En général je me réfère plutôt à l'avis sur le chirurgien, par exemple sur le CHU, (nom du chirurgien), et là-bas, il y a toute l'équipe ils font tout le bilan et ils voient donc les contre-indications » V3

« Parce que les complications précoces elle sont souvent prises en charge par le chirurgien » V3

« Globalement s'il y a un problème d'ordre chirurgical, les chirurgiens sont quand même assez réactifs pour revoir leur patient quand on les appelle s'il y a un problème particulier » V3

« Parce qu'après le parcours, que doit faire le patient, on le sait vaguement et de toute manière, c'est le chirurgien qui gère, par ce qu'effectivement, il doit passer chez le pneumo, le cardiologue,

chez la diététicienne, chez le psy. Donc ça on leur dit rapidement, ça ce n'est pas forcément nous qui le gérons » V3

« - Concernant les indications, contre-indications, vous êtes à l'aise ?

- Dans la mesure où ce n'est pas moi qui les donne, je ne vais pas les apprendre » V6

« En général, on envoie vers le chirurgien, et après c'est lui qui rentre dans le protocole ou pas. »

V7

c. Les médecins généralistes se sentent plus concernés pour le suivi post-opératoire des patients

La connaissance des médecins généralistes sur les modalités de suivi après une chirurgie bariatrique est mauvaise. En effet, ils se disent parfois être en difficulté pour effectuer le suivi des patients opérés. Ils savent qu'il y a un certain nombre de perdus de vue en post-opératoire et qu'un suivi est indispensable pour dépister les éventuelles complications.

« Je me suis sentie en difficulté parce qu'elle était perdue de vue, parce qu'elle avait été opérée en ville, et qu'elle n'avait pas eu de suivi derrière » V12

Quelques médecins ont conscience qu'il y a nécessité de se former, mais certains n'ont pas de demande de formation par manque d'intérêt pour la nutrition.

« Bah très honnêtement, je ne saurais pas très bien comment les compléter, il faudrait que je me reforme à ça. De mémoire, je ne me rappelle pas du tout de ce qu'il faut mettre. » V10

« aussi plus de précision sur le suivi (...) avoir quelque chose de clair, avec le protocole » V2

« Par contre tout le post opératoire et le suivi à vie, ça c'est à nous de plus insister là-dessus » V3

« Alors, ça ne m'intéresse absolument pas » V6

« Moi, ce n'est pas quelque chose qui me tente réellement de faire de la nutrition » V9

« C'est ça, par manque d'intérêt sur ce domaine » V11

Les médecins généralistes ont tendance à réadresser les patients vers les spécialistes pour effectuer le suivi, ils ne souhaitent pas être seul pour suivre le patient opéré. Leur demande de

formation concernant la chirurgie bariatrique est principalement axée sur les modalités de suivi et le dépistage des complications à long terme.

« J'aurai tendance assez vite à renvoyer vers le chirurgien » V5

« Et j'essaie surtout de stimuler pour qu'ils aillent revoir l'endocrino » V11

« Après quand ça ne va pas, je l'ai réadressé au chirurgien, pour entre guillemets service après-vente » V9

« Non, je ne suis pas à l'aise, si je suis toute seule. » V2

« surtout les complications post-op. Parce que nous, c'est surtout à ça qu'on est confronté » V12

« J'aimerais apprendre les modalités exactes du suivi post chirurgie, par rapport aux différents types d'interventions » V13

5. Moyens de formation préférés des médecins généralistes

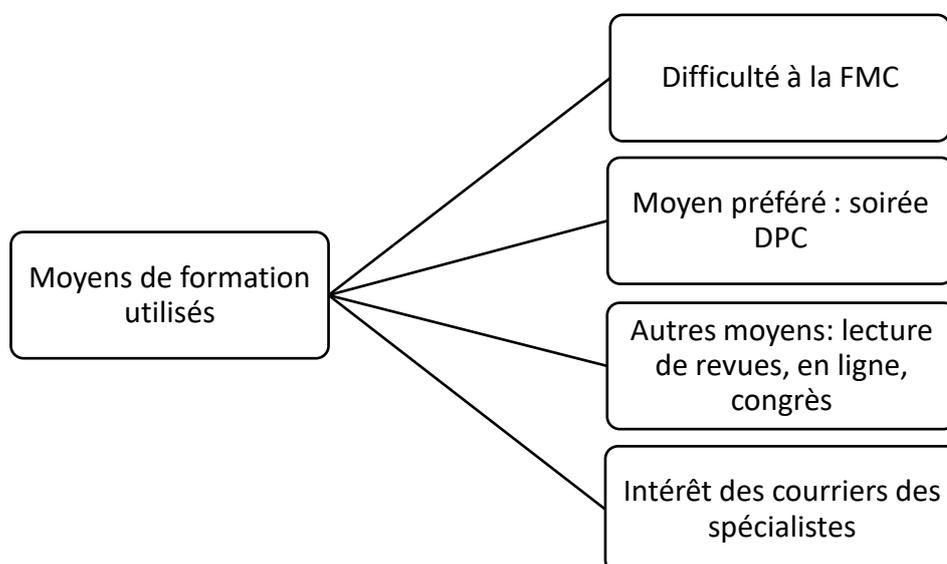


Figure 5: Moyens de formation utilisés de manière préférentielle

a. Difficulté de réaliser sa formation médicale continue :

La formation médicale continue est souvent une problématique pour les médecins généralistes, notamment pour trouver le moyen le plus adapté à leurs besoins, mais également à leur vie

professionnelle et privée d'un point de vue organisationnel. Globalement trouver du temps pour se former est difficile.

« Je suis prête à me former de n'importe quelle manière mais souvent il y a une question de temps » V3

« Alors je suis mauvaise élève pour la formation, parce que les journées de consult sont lourdes, donc souvent on finit tard. Donc les jours où on bosse, il est hors de question d'aller le soir à des réunions de formations. Et les jours où je ne travaille pas, ben je ne travaille pas quoi. Donc c'est compliqué la formation » V8

b. Moyen préféré : soirée DPC :

Le moyen de formation préféré des médecins généralistes interrogés est les soirées DPC (Développement Professionnel Continu). Elles se déroulent sur un temps court, le temps d'une soirée. Les médecins peuvent être parfois indemnisés. L'avantage mis en avant était également l'occasion de pouvoir rencontrer des spécialistes, animant la soirée, et de pouvoir les intégrer à leur réseau.

« Moi, ce que je préfère, c'est les FMC en soirée » V2

« Et on a le DPC qui nous permet d'être indemnisé » V4

« Je trouve intéressant aussi quand il y a des rencontres organisées par les services, des chirurgiens, ou les services de toutes spécialités de la spécialité concernée dans le secteur où on travaille pour rencontrer nos confrères, pour avoir leur avis sur les protocoles ou les conduites à tenir et pour les connaître et pouvoir échanger avec eux » V4

« Le truc qui serait intéressant, c'est la mise en place d'un circuit en ville par exemple, du même style qu'à l'hôpital mais en ville » V12

Cependant pour qu'un médecin se déplace pour se former lors d'une soirée DPC, il doit être intéressé par le sujet. Donc l'inconvénient est de passer à côté de nombreux médecins qui ne viendront pas à la formation.

« Sur un sujet qui m'intéresse, je suis prête à aller faire une soirée, oui ça pourrait m'intéresser » V3

c. Autres moyens de formation utilisés :

Les autres moyens évoqués étaient la lecture de revues médicales, la formation médicale continue en ligne DPC et la participation à des congrès.

« Ensuite, elle est livresque, parce que j'aime bien le papier, avec des articles que je lis » V6

« On a des formations en ligne où on peut en prendre 3 par an, via le conseil de l'ordre » V11

« Les séminaires, ça reste plus en mémoire, on a des situations que ce que l'on peut lire dans les revues. Je trouve ça plus efficace pour garder les connaissances dans le temps » V5

d. Courriers des spécialistes :

Par ailleurs, la majorité des médecins généralistes déclarent avoir acquis leurs connaissances sur la chirurgie bariatrique via les courriers des spécialistes. En effet, c'est un moyen simple de communiquer avec le médecin généraliste. Les courriers seront lus, leur permettant de prendre en charge leurs patients tout en se formant. De plus, que le médecin soit intéressé ou non par le sujet, il lira le courrier concernant son patient dans la majorité des cas. Certains médecins étaient demandeurs d'avoir une conduite à tenir claire à réaliser de la part du spécialiste pour le suivi post-opératoire.

« A travers les courriers, les confrères qui rapportent le compte rendu d'une chirurgie et les conseils de suivi » V4

« Voilà, et ce que j'en ai lu sur les comptes rendus des patients » V6

« Oui, j'aime bien avoir des conduites à tenir assez précises » V4

6. **Souhait de formation sur la chirurgie bariatrique**

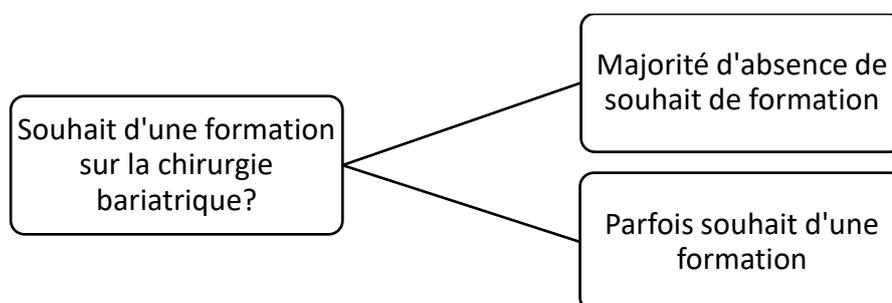


Figure 6: *Souhait d'une formation sur la chirurgie bariatrique*

a. Absence de souhait d'une formation sur la chirurgie bariatrique :

Une majorité des médecins interrogés ne souhaitait pas avoir une formation sur la chirurgie bariatrique. En effet, certains médecins considéraient que la prise en charge par chirurgie bariatrique relevait des spécialistes et non d'un médecin généraliste. Certains disaient manquer d'intérêt pour la nutrition et la chirurgie bariatrique. De plus, le nombre de patients opérés dans leur patientèle était faible et donc une formation sur la chirurgie bariatrique n'était pas prioritaire, notamment en comparant à d'autres pathologies plus fréquentes en médecine générale et pour lesquelles ils pouvaient présenter un manque de connaissances. Certains pensaient que leurs connaissances sur la chirurgie bariatrique étaient suffisantes pour la pratique en cabinet de médecine générale.

« Parce que j'ai plutôt tendance à déléguer. Intuitivement, je propose, j'adresse, et après ceux qui font de la chirurgie bariatrique font leur boulot » V8

« Moi, ce n'est pas quelque chose qui me tente réellement de faire de la nutrition » V9

« Parce que ce n'est pas un domaine qui me passionne » V11

« ça reste très limité en termes de patient. Je n'ai pas le volume suffisant pour » V9

« Par exemple, si j'avais des petits cours, des petites conférences de dermato, de gynéco, ça me servirait beaucoup plus que de la chirurgie bariatrique » V10

« Non, pas besoin. Pour ce que j'ai besoin de répondre aux patients et pour ma connaissance, je n'ai pas besoin de plus » V7

b. Souhait d'une formation sur la chirurgie bariatrique :

Les médecins généralistes souhaitant une formation voulaient apprendre surtout les modalités de suivi et les complications. Un rappel sur les indications, les contre-indications ainsi que sur les techniques était également souhaité. Ils voulaient une formation en présentiel, au cours d'une soirée DPC.

« J'aimerais apprendre les modalités exactes du suivi post chirurgie, par rapport aux différents types d'interventions » V13

« Refaire un point sur les indications et les contre-indications du coup, que je connais mal les contre-indications » V3

« Les indications et les contres indications, un rappel » V4

« Avoir une meilleure connaissance des techniques » V2

« Oui, sur un truc court, sur une soirée, ce genre de chose » V3

« Une soirée en DPC, ça me paraît le plus réaliste dans la pratique pour se libérer du cabinet et avoir une indemnisation » V4

IV. Discussion

L'objectif de l'étude était d'évaluer les besoins et les attentes des médecins généralistes concernant une formation sur la chirurgie bariatrique.

A. Les forces de l'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés. A l'issue des 9 entretiens, nous sommes arrivés à saturation des données, confirmée par 4 entretiens supplémentaires. Cela a permis d'avoir une exhaustivité des réponses concernant les attentes et les besoins des médecins généralistes à propos d'une formation sur la chirurgie bariatrique.

L'échantillon était hétérogène, notamment en termes d'âge, de nombre d'années d'installation, de lieu d'exercice, de formation, ce qui a permis d'avoir une variation maximale d'expérience.

Les entretiens ont été réalisés par la même enquêtrice et avec le même guide d'entretien.

L'analyse a été thématique, ce qui paraissait le plus adapté pour répondre à la question de recherche. Il ne s'agissait pas d'explorer le vécu ni les expériences mais de lister les attentes et besoins des médecins.

Il y a eu triangulation des chercheurs afin de limiter les biais d'interprétions.

B. Les limites de l'étude

La durée des entretiens était relativement courte, avec une moyenne de 12 minutes par entretien. Cela était probablement dû aux conditions de réalisation des entretiens, au cabinet des médecins, souvent en début d'après-midi avant leurs consultations ou parfois entre deux consultations.

L'entretien pouvait faire prendre du retard aux médecins. Par ailleurs, l'habilité de l'enquêtrice à mener les entretiens a pu également jouer sur la durée des entretiens. Parfois, l'entretien était court du fait d'un désintérêt du médecin pour la chirurgie bariatrique.

Le recrutement des médecins généralistes était basé sur le volontariat. On peut imaginer qu'il fallait que le sujet l'intéresse un peu pour qu'il veuille consacrer du temps à cette étude. En effet, la réalisation d'un entretien demande au médecin du temps, ce qui n'est pas toujours évident pour des médecins libéraux. Cependant, certains médecins interrogés ont exprimé ne pas être intéressé par la chirurgie bariatrique. Le biais de sélection doit donc être faible.

Malgré la recherche d'un échantillon variable en termes de sexe, 9 femmes ont été interrogées pour 4 hommes. Cela peut être révélateur d'un intérêt pour la nutrition plus important chez les femmes. On peut supposer que les besoins de formation sont similaires pour les hommes et les femmes, limitant ainsi le biais de sélection.

C. Synthèse des résultats

Nous avons voulu évaluer les besoins et les attentes des médecins généralistes concernant une formation sur la chirurgie bariatrique.

La prise en charge du surpoids et de l'obésité pour les médecins généralistes était toujours médicale en première intention, en mettant en avant une approche diététique et la pratique d'activité physique. Cependant il fallait que le patient soit en demande pour débiter une prise en charge de leur excès de poids. Les médecins avaient facilement recours à d'autres professionnels, notamment diététiciennes, médecins nutritionnistes, endocrinologues, avec qui ils travaillaient en réseau.

Les médecins généralistes avaient un avis mitigé sur la chirurgie bariatrique, dépendant de leurs expériences professionnelles avec leurs patients. En effet, si pour la majorité de leurs patients opérés, la chirurgie s'était mal passée et notamment durant la période post-opératoire, le médecin était moins confiant dans la pratique de la chirurgie bariatrique.

Dans notre étude, les médecins généralistes pensaient que la chirurgie bariatrique pouvait être une solution efficace mais sous certaines conditions. Elle pouvait être proposée mais seulement en dernier recours et après échec de la prise en charge médicale et diététique. Ces résultats sont retrouvés également dans la thèse de Da Silva (17). Il était essentiel pour eux que les indications et les contre-indications soient respectées, en apportant une attention particulière à l'évaluation du statut psychologique du patient.

La préparation et le bilan préopératoire devaient être réalisés au sein d'une équipe pluridisciplinaire, connue du médecin généraliste et dont il avait confiance. Comme dans l'étude de Gaspard et al (18), les médecins généralistes avaient conscience que le suivi post-opératoire est manquant avec nombreux patients perdus de vue.

Les médecins généralistes percevaient leurs connaissances globales sur la chirurgie bariatrique comme plutôt mauvaises. Nous retrouvons ces résultats dans la thèse de Da Silva (17). Cependant, certains médecins pensaient avoir de bonnes connaissances, alors que celles-ci

pouvaient être erronées. Le risque est que ces médecins n'iront pas se former sur le sujet et continueront à transmettre des informations inexactes aux patients. Par ailleurs, il y avait une certaine variabilité des connaissances des médecins généralistes en fonction de leurs parcours et notamment la réalisation de stage en lien avec la chirurgie bariatrique durant l'internat.

Les médecins généralistes ne ressentaient pas de difficultés pour informer un patient demandeur de chirurgie bariatrique, car même si leurs connaissances pouvaient être manquantes, l'accès à l'information est facile, notamment grâce à internet. De plus, le médecin généraliste était peu intégré dans le parcours préopératoire du patient.

Les médecins généralistes se sont dit pouvoir être en difficultés face à un patient opéré pour effectuer le suivi post-opératoire, résultat retrouvé dans l'étude de Gaspard et al (18). Certains médecins généralistes étaient conscients qu'ils avaient un rôle important à jouer dans ce suivi. Ces résultats étaient retrouvés également dans la thèse de Dembinski (19). Dans la thèse de Blanc (20), les patients considéraient que leur médecin généraliste avait un rôle important dans leur suivi post-opératoire. De plus, tous les médecins interrogés dans notre étude avaient dans leur patientèle des personnes qui avaient bénéficié d'une chirurgie bariatrique, il y a donc un réel besoin de formation.

Quelques médecins généralistes pensaient qu'il était nécessaire de se former. Cependant d'autres médecins ont décrit un désintérêt pour la nutrition et la chirurgie bariatrique et ne souhaitaient pas réaliser de suivi particulier, ils réadressaient le patient aux spécialistes.

Les médecins souhaitant une formation sur la chirurgie bariatrique voulaient surtout apprendre les modalités de suivi et les complications post-opératoires. Tous préféraient avoir une formation en présentiel, sous forme de soirée DPC. Ils voulaient également avoir un rappel sur les indications, les contre-indications et les techniques opératoires. L'avantage des soirées de formation en présentiel mis en avant par les médecins était également la possibilité de rencontrer les médecins spécialistes exerçant dans la région, de pouvoir échanger avec eux et de créer un réseau pluridisciplinaire. Dans l'article de Rivet et al (21), les médecins pouvaient se sentir en difficulté notamment dû au manque de communication entre eux et l'équipe pluridisciplinaire prenant en charge le patient. Rencontrer les spécialistes pourrait également améliorer la coordination des soins et la prise en charge des personnes opérées. Le rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) sur la chirurgie bariatrique de 2018 (22) préconise l'amélioration de la communication entre les médecins traitants et l'équipe

pluridisciplinaire et la possibilité pour le médecin traitant de s'appuyer sur les spécialistes dans le suivi des personnes opérées.

La mise en place d'une formation lors d'une soirée DPC permettrait de sensibiliser une partie des médecins généralistes, mais pas la majorité. En effet, certains médecins ne se déplaceront pas pour se former notamment par manque d'intérêt pour la chirurgie bariatrique. De plus, les médecins généralistes ont mis en avant la difficulté à réaliser leur formation médicale continue, même si elle est obligatoire, ils doivent la concilier avec leur vie professionnelle et leur vie privée.

La quasi-totalité des médecins interrogés a acquis une partie de leurs connaissances sur la chirurgie bariatrique via les courriers des spécialités. En effet, c'est un moyen de communication entre les médecins qui n'est pas à négliger. Nous pouvons penser que pour informer le plus grand nombre de médecins généralistes, utiliser les courriers des spécialistes peut être un excellent moyen. Certains médecins étaient notamment demandeurs d'avoir des conduites à tenir claires, des protocoles pour le suivi. Dans l'étude de Gaspard et al (18), les médecins souhaitaient également des informations claires de la part de l'équipe spécialisée, et notamment des plans de suivi et des courriers plus détaillés. Ces résultats sont retrouvés dans la thèse de Dehghani Kelishachi (23), dans laquelle les médecins généralistes proposaient de recevoir davantage d'informations dans les comptes-rendus hospitaliers, notamment avec la surveillance à réaliser. Cela pourrait être une alternative pour les médecins peu intéressés par la chirurgie bariatrique et ceux ayant peu de temps pour se déplacer en formation.

D'autres moyens d'informations et de formations ont été étudiés pour aider les médecins généralistes. Dans la thèse de Neury (24), les médecins généralistes évaluaient l'intérêt du guide d'informations rédigé par l'ICAN (Institute of Cardiometabolism And Nutrition) pour les aider dans cette prise en charge. Soixante pourcents disaient avoir amélioré leurs connaissances grâce au guide, 79,4 % se sentaient mieux sensibilisés aux complications post-opératoires et 61,5 % trouvaient que ce guide était une aide dans la prescription des bilans biologiques de surveillance. Dans l'étude de Rivet et al (21), les médecins généralistes ont proposé la mise en place d'un carnet de suivi pour les personnes opérées, ils souhaitaient qu'il soit simple et pratique avec un guide de consultations. De plus, certains ont précisé qu'une version électronique de ce carnet pourrait être plus utile.

V. Conclusion

Le suivi par un spécialiste peut être compliqué à maintenir du fait du nombre croissant de chirurgies bariatriques, de l'éloignement géographique potentiel entre le patient et le centre spécialisé, du nombre de médecins spécialistes insuffisant pour réaliser un suivi régulier.

On peut imaginer que mettre en place une formation sur la chirurgie bariatrique adaptée à la demande des médecins généralistes pourrait améliorer la prise en charge post-opératoire des patients opérés, et notamment le suivi à long terme, qui est souvent manquant. Personne de proximité, le médecin généraliste pourrait pallier les nombreux perdus de vue.

Notre étude a retrouvé que peu de médecins généralistes étaient demandeurs de formation au sujet de la chirurgie bariatrique. Bien que conscients de leur rôle dans le suivi post-opératoire du patient, beaucoup ne se sentaient pas concernés et considéraient la prise en charge comme spécialisée. Parmi quelques médecins volontaires, une formation d'une soirée en DPC était le mode préféré, avec des rappels sur les techniques, indications, contre-indications et surtout le suivi post-opératoire. Mais seuls les médecins intéressés par la chirurgie bariatrique y participeraient.

La tenue d'un carnet de suivi par les patients pris en charge en chirurgie bariatrique semble être une solution prometteuse. Il permettrait de faire le lien entre le médecin généraliste, le spécialiste et le patient.

VI. Bibliographie :

1. OMS | Obésité [Internet]. WHO. [cité 15 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/obesity/fr/>
2. obepi_2012.pdf [Internet]. [cité 5 févr 2018]. Disponible sur: http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf
3. Collaborators TG 2015 O. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med*. 6 juill 2017;377(1):13-27.
4. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *The Lancet*. 2 avr 2016;387(10026):1377-96.
5. Shi J, Wang Y, Cheng W, Shao H, Shi L. Direct Health Care Costs Associated with Obesity in Chinese Population in 2011. *J Diabetes Complications*. mars 2017;31(3):523-8.
6. Effertz T, Engel S, Verheyen F, Linder R. The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. *Eur J Health Econ*. 23 déc 2015;17(9):1141-58.
7. Haute Autorité de Santé - Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. [cité 9 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
8. Haute Autorité de Santé - Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte [Internet]. 2009 [cité 12 nov 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_765529/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte
9. Saber AA, Elgamal MH, McLeod MK. Bariatric Surgery: The Past, Present, and Future. *Obes Surg*. 8 déc 2007;18:121-8.
10. Nguyen NT, Masoomi H, Magno CP, Nguyen X-MT, Laugenour K, Lane J. Trends in Use of Bariatric Surgery, 2003–2008. *J Am Coll Surg*. 1 août 2011;213(2):261-6.

11. Martincic C, Balcaen T, Georges A, Baro E, Ficheur G, Chazard E. La chirurgie bariatrique en France de 2008 à 2014 : triplement de l'activité et fort recul de l'anneau gastrique. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. 1 mars 2017;65:S20.
12. Oppert J-M. Prise en charge de l'obésité : la question du suivi après chirurgie bariatrique - ScienceDirect. *revmed*. oct 2015;36(10):643-4.
13. 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*. 23 août 2007;357(8):741-52.
14. Sjöström L, Lindroos A-K, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, et al. Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 Years after Bariatric Surgery. *N Engl J Med*. 23 déc 2004;351(26):2683-93.
15. Khan S, Rock K, Baskara A, Qu W, Nazzal M, Ortiz J. Trends in bariatric surgery from 2008 to 2012. *Am J Surg*. 1 juin 2016;211(6):1041-6.
16. Thereaux J, Lesuffleur T, Païta M, Czernichow S, Basdevant A. Long-term follow-up after bariatric surgery in a national cohort - Thereaux - 2017 - BJS - Wiley Online Library. *BJS* [Internet]. [cité 12 nov 2017]; Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bjs.10557/abstract;jsessionid=A4867BB49DCED74B1063F5CE9E862413.f02t01>
17. Pires Da Silva É. Opinions et expériences des médecins généralistes concernant la chirurgie bariatrique : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. 11 mars 2011;103.
18. Gaspard S, Ketterer F, Belche J-L, Berrewaerts M-A, Giet D. LA PLACE ET LE RÔLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LE SUIVI DE CHIRURGIE BARIATRIQUE EN PROVINCE DE LIÈGE. *Rev Med Liège*. 2014;69(4):194-9.
19. LE SUIVI NUTRITIONNEL ET METABOLIQUE POST CHIRURGIE BARIATRIQUE PAR LE MEDECIN GENERALISTE : CONNAISSANCES , PRATIQUES ET PERSPECTIVES D'AMELIORATION [Internet]. [cité 29 sept 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01393413/document>
20. Blanc E. LA CHIRURGIE BARIATRIQUE EN MEDECINE GENERALE VUE PAR LES PATIENTS. 5 déc 2017;125.

21. Rivet P, Verkindt H, Pigeyre M, Romon M, Pattou F. Étude des freins et des attentes des médecins généralistes dans le suivi des patients après chirurgie bariatrique. *Nutr Clin Métabolisme*. 1 déc 2014;28:S143.
22. Situation de la chirurgie de l'obésité.pdf [Internet]. [cité 7 oct 2018]. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-059R_Tome_I_.pdf
23. Dehghani Kelishadi L. Place actuelle et perspectives du médecin traitant après chirurgie bariatrique : quel parcours de soin idéal ? 8 oct 2014;87.
24. Neury C. Évaluation par des médecins généralistes du guide d'information sur le suivi et le parcours de soins du patient opéré de chirurgie bariatrique destiné au médecin traitant, élaboré par l'IHU-ICAN. 20 oct 2017;96.

VII. Serment d'Hippocrate

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME :

Introduction :

Le recours à la chirurgie bariatrique est en augmentation depuis plusieurs années. Le suivi médical post-opératoire est indispensable, cependant il est souvent manquant. Les médecins généralistes sont les plus à même de maintenir un suivi, il est nécessaire qu'ils soient formés.

L'objectif de cette étude était d'explorer les attentes des médecins généralistes concernant une formation médicale sur la chirurgie bariatrique.

Matériels et Méthodes :

Etude qualitative avec analyse thématique par entretiens semi-directifs de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon jusqu'à saturation des données. L'échantillonnage a été réalisé à l'aide de l'annuaire ameli.fr et par le biais de connaissances personnelles. Une variation d'expérience a été recherchée en termes d'âge, de sexe, de type d'exercice, de formation.

Résultats :

Treize médecins ont été interrogés : 9 femmes et 4 hommes, avec un âge moyen de 43 ans (30-58 ans). Quatre médecins sur 13 avaient déjà bénéficié d'une formation sur la chirurgie bariatrique.

Leurs connaissances sur la chirurgie bariatrique étaient mauvaises et certains médecins étaient conscients de la nécessité de se former. Cependant, une majorité des médecins ne souhaitait pas de formation, notamment par manque d'intérêt pour la nutrition.

En cas de formation, le moyen préféré par les médecins était la soirée indemnisée par le Développement Professionnel Continu. Ils souhaitaient en priorité apprendre les modalités de suivi, ainsi qu'avoir un rappel sur les indications, les contre-indications et les techniques chirurgicales.

Conclusion :

Les médecins généralistes ne se sentent pas suffisamment concernés par la chirurgie bariatrique pour s'y former.

Mots clés :

Médecins généralistes - Chirurgie bariatrique - Formation médicale continue