

Évaluation finale de l'expérimentation « Suivi et accompagnement des patients opérés d'une chirurgie bariatrique par le pharmacien d'officine »

*Projet porté par l'URPS Pharmaciens Pays de la Loire, en
partenariat avec la SRAE Nutrition Pays de la Loire et financé par
l'ARS Pays de la Loire*

Date de dernière modification	21/10/2025
Référence du projet	2020-022

EQUIPE CEMKA

Valérie DONIO
valerie.donio@cemka.fr
+33 (0)1.41.87.95.27

Laura BEZANNIER
laura.bezannier@cemka.fr

Mathilde CHAVATTE
mathilde.chavatte@cemka.fr

RESPONSABLES DE PROJET URPS

Anne-Claire OGER
ac.oger@urpspharmaciens-pdl.com
+33 (0)2.40.59.69.29

Maryne LAUNAY
mllaunay@urpspharmaciens-pdl.com
+33 (0)7.78.06.93.07



43, boulevard du Maréchal Joffre
92340 Bourg-La-Reine



Maison des URPS - Le Sigma 2000
5 bd Vincent Gâche 44200 Nantes

TABLE DES MATIERES

1	RAPPELS – PRESENTATION SYNTHETIQUE DE L'EXPERIMENTATION « PHARMACIENS D'OFFICINE ET CHIRURGIE BARIATRIQUE »	4
1.1	Contexte	4
1.2	Objectifs de l'expérimentation et modalités de l'action	4
2	RAPPELS - METHODOLOGIE GENERALE D'EVALUATION ET TRAVAUX EFFECTUES	6
2.1	Objectifs et contenu du présent rapport final	6
2.2	Données recueillies et analysées	6
2.3	Eléments de méthode et description des pharmaciens d'officine interrogés	7
2.4	Difficultés rencontrées dans le recueil et l'analyse	8
3	ANALYSE DES DONNEES DES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES	9
3.1	Profils des patients inclus à l'entretien initial	9
3.2	Suivi du parcours post-opératoire	11
3.2.1	Situation lors de l'entretien initial	11
3.2.2	Evolution du suivi médical et paramédical entre l'entretien initial et de suivi	12
3.3	Situation et évolution des connaissances et des pratiques dans le temps	13
3.3.1	Principes de traitement	13
3.3.2	Automédication	13
3.3.3	La prise de vitamines post-chirurgie	14
3.3.4	Gestion de la vie quotidienne	14
3.4	Évolution du poids et de l'indice de masse corporelle (IMC) du patient	15
3.5	Synthèse du pharmacien sur l'impact pour le patient	17
4	RETOURS D'EXPERIENCE DES PHARMACIENS : GRANDS CONSTATS ISSUS DES ENTRETIENS (N=10)	18
4.1	Une bonne adhésion des pharmaciens mais des difficultés conjoncturelles et structurelles qui ont freiné les inclusions	18
4.2	Information et accompagnement par l'URPS	19
4.3	Ciblage, accompagnement et mise en œuvre des entretiens motivationnels	20
4.4	Valorisation et reconnaissance dans l'accompagnement des patients : une rémunération jugée correcte mais secondaire	20
4.5	Résultats et impacts perçus par les pharmaciens	21
4.6	Satisfaction et bilan des forces/faiblesses	22
5	BILAN DE L'ACTIVITE ET RETOURS D'EXPERIENCE DE L'URPS	24
6	CONCLUSION	26
7	ANNEXES	27
7.1	Annexe 1 : Liste des personnes interrogées	27
7.1.1	Pharmaciens d'officine interrogées	27
7.2	Annexe 2 : Grille d'entretien	27

Liste des tableaux

Tableau 1. Objectifs de l'expérimentation « Pharmaciens d'officine et Chirurgie Bariatrique » et modalités de l'action	4
Tableau 2. Synthèse des différentes étapes prévues	6
Tableau 3. Données qualitatives et quantitatives effectivement recueillies	7
Tableau 4. Caractéristiques de la population d'étude.....	8
Tableau 5. Professionnels rencontrés par les patients au cours de la préparation pré-opératoire.....	10
Tableau 6. Synthèse des suivis du parcours post-opératoire déclarés par les patients (dans l'année)	12
Tableau 7. Evolution du suivi médical et paramédical	12
Tableau 8. Principes de traitement (avant/après).....	13
Tableau 9. Automédication (avant/après)	13
Tableau 10. Prise de vitamines post-chirurgie (avant/après).....	14
Tableau 11. Gestion de la vie quotidienne (avant/après)	14

Liste des figures

Figure 1. Evolution du poids et de l'IMC entre l'entretien initial et de suivi.....	15
Figure 2. Synthèse du pharmacien sur l'impact pour le patient.....	17
Figure 3. Satisfaction des PhO participants (notes moyennes sur 10 ; N=4)	22

Liste des principales abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
PdL	Pays de la Loire
PhO	Pharmacien d'officine
PRS	Plan Régional de Santé
SRAE	Structure Régionale d'Appui et d'Expertise
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

REMERCIEMENTS

➔ Qu'il soit permis de remercier les pharmaciens d'officine qui ont accepté d'être interrogés et qui ont ainsi permis la réalisation de ce bilan final.

1 RAPPELS – PRESENTATION SYNTHETIQUE DE L'EXPERIMENTATION « PHARMACIENS D'OFFICINE ET CHIRURGIE BARIATRIQUE »

1.1 Contexte

L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Pharmaciens Pays de la Loire (PDL), en partenariat avec la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE) en Nutrition PDL, ont proposé une nouvelle action de prévention visant à aider/accompagner les personnes opérées en chirurgie bariatrique. La chirurgie bariatrique représente en effet un enjeu pour la pharmacie de ville. Les personnes opérées d'une chirurgie bariatrique doivent prendre plusieurs médicaments à vie après l'opération, notamment afin d'éviter de nombreuses carences. Or, l'observance est souvent mauvaise dans cette population, en particulier plusieurs années après l'opération. On estime ainsi que plus de la moitié des patients sont perdus de vue après une chirurgie bariatrique¹. Les patients sont considérés comme perdus de vue s'ils n'ont pas eu de consultation pendant au moins 18 mois ou plus.

Actuellement, le rôle d'accompagnement postopératoire par les pharmaciens d'officine est réduit du fait de leur absence dans le parcours de soins des patients en situation d'obésité. Les pharmaciens sont pourtant des acteurs privilégiés pour aider à améliorer le parcours de ces patients. Ces derniers doivent en savoir davantage sur les déficiences nutritionnelles découlant d'une chirurgie bariatrique afin de fournir des soins pharmaceutiques appropriés, d'assurer un suivi optimal et de conseiller adéquatement les patients.

Ce projet s'inscrit dans le Plan Régional de Santé (PRS) 2018-2022 de l'Agence Régionale de Santé (ARS) PDL, qui prévoyait de soutenir l'engagement des professionnels libéraux dans une dynamique de prévention, de renforcer l'implication de la prévention dans la pratique des professionnels de santé, et de définir et mettre en œuvre des actions de prévention par les professionnels de santé.

L'URPS Pharmaciens a obtenu un financement de l'ARS PDL pour mettre en œuvre cette expérimentation. Une fiche projet a été rédigée et précisait les étapes du projet, les modalités d'évaluation et les modalités de suivi et de pilotage de l'URPS. Celle-ci constituait un avenant au CPOM de l'URPS avec l'ARS. En milieu et fin de projet, des bilans évaluatifs devaient être transmis à l'ARS. Dans ce cadre, un bilan intermédiaire a été produit en février 2024. ➔ **Ce document constitue le bilan final de l'expérimentation.**

1.2 Objectifs de l'expérimentation et modalités de l'action

Tableau 1. Objectifs de l'expérimentation « Pharmaciens d'officine et Chirurgie Bariatrique » et modalités de l'action

Expérimentation « Pharmaciens d'officine et Chirurgie Bariatrique »	
Objectifs généraux	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le suivi à court, moyen et long terme des patients opérés en chirurgie bariatrique, dans le respect des recommandations de la HAS ; - Favoriser la coordination des professionnels afin de fluidifier le parcours des patients ; - Mesurer l'impact de l'intervention pharmaceutique sur la prise des traitements des patients opérés.
Professionnels impliqués et public cible	<p><u>Objectif - 40 PhO participants.</u></p> <p><u>Objectif - 4 patients inclus par PhO</u> ➔ Soit un objectif global de 160 patients.</p> <p><u>Public cible</u> : Patients de plus de 18 ans, opérés de chirurgie bariatrique à court terme et à moyen/long terme. Le suivi du patient est considéré :</p>

¹ Jaffiol C, Bringer J, Laplace JP, Buffet C. Rapport 17-08 – Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique. Académie Nationale de Médecine. 5 décembre 2017. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/12/P.-973-%C3%A0-982.pdf>

	<ul style="list-style-type: none"> - A court terme lorsque celui-ci vient juste de subir une chirurgie bariatrique (patients opérés depuis moins d'un an). Le deuxième entretien devra avoir lieu au plus tard à 18 mois de l'entretien initial. - À moyen/long terme pour les patients opérés depuis plus d'un an : l'entretien de suivi intervient alors à 6 mois de l'entretien initial.
Niveau territorial concerné	Région des Pays de la Loire
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer un document de suivi, en officine, des patients opérés. - Mettre en place un protocole d'entretiens pharmaceutiques pour les patients opérés à court, moyen et long terme.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place les instances nécessaires au bon déroulement de l'expérimentation en partenariat SRAE / URPS. - Elaborer un protocole d'entretien. - Elaborer un / des documents de suivis patients en coordination avec l'Hôpital (utilisation de la messagerie sécurisée / DMP à plus long terme).
Parcours du patient	<p>Le patient est inclus par son pharmacien d'officine dans l'expérimentation et reçoit un accompagnement postopératoire par l'intermédiaire d'entretiens à l'officine.</p> <p>Deux entretiens par patient sont prévus : un entretien de « diagnostic » (40 minutes) et un entretien de « suivi » (20 minutes).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients opérés depuis moins d'un an avant l'entretien initial : l'entretien de suivi devra être réalisé au plus tard 18 mois après l'intervention chirurgicale. - Pour les patients opérés depuis plus d'un an avant l'entretien initial : l'entretien de suivi devra être réalisé à 6 mois de l'entretien initial.
Rémunération	<p>60€ / patient inclus pour la réalisation des 2 entretiens.</p> <p>Rémunération en deux temps (40€ + 20€).</p>
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le suivi des patients opérés. - Mesurer l'impact de l'intervention des pharmaciens d'officine.

2 RAPPELS - METHODOLOGIE GENERALE D'EVALUATION ET TRAVAUX EFFECTUES

2.1 Objectifs et contenu du présent rapport final

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la faisabilité et les résultats d'une intervention pour l'accompagnement postopératoire par des pharmaciens d'officine, de patients opérés en chirurgie bariatrique.

L'évaluation externe visait ainsi à répondre aux questions suivantes :

- ⇒ Quelles sont les conditions de **faisabilité** d'une intervention pour l'accompagnement de ces patients par les pharmaciens ?
- ⇒ Quels sont les résultats de l'expérimentation en termes d'**efficacité** ?
- ⇒ Quels sont les **niveaux de satisfaction des professionnels et des bénéficiaires** ?
- ⇒ Quel est le **retour d'expérience des pharmaciens et de l'URPS** en tant que porteur du projet ? Quels sont les éléments de capitalisation de l'expérience ?
- ⇒ Quels sont les **enjeux de transférabilité** ? Quelles sont les recommandations et adaptations à effectuer ?

Tableau 2. Synthèse des différentes étapes prévues

Etapes	Périodes
Soirées de présentation du projet auprès des pharmaciens	Septembre 2020 ; Octobre – Novembre 2022
Premières inclusions	Janvier 2023
Bilan d'étape basé sur les retours des pharmaciens d'officine	Février 2024
Fin des inclusions	Août 2024
Saisie des livrets patient Enquête en ligne auprès des pharmaciens Entretiens qualitatifs pharmaciens, porteurs, patients Analyses transversales	Février – Avril 2025
Rapport d'évaluation finale	Juillet 2025

2.2 Données recueillies et analysées

L'évaluation finale a reposé sur l'analyse de données qualitatives et quantitatives recueillies auprès des principaux publics impliqués dans l'expérimentation : les porteurs, les pharmaciens d'officine et les patients bénéficiaires. Le protocole initial prévoyait la collecte de données via des guides d'entretien renseignés par les pharmaciens, une enquête en ligne à destination de l'ensemble des pharmaciens participants, ainsi que des entretiens qualitatifs auprès des patients afin de recueillir leur avis et leur retour d'expérience.

Cependant, compte tenu du niveau d'activité observé et des écarts entre les prévisions et la réalité de mise en œuvre (25 pharmaciens participants contre 40 prévus, 34 patients inclus par seulement 8 pharmaciens, dont un seul ayant réalisé 15 inclusions), la méthodologie d'évaluation a été révisée afin de s'ajuster au contexte réel de l'expérimentation.

Les sources de données mobilisées pour la présente évaluation finale sont les suivantes :

- ⇒ **Données issues des entretiens pharmaceutiques** : Les informations ont été collectées lors des deux entretiens (initial et de suivi) réalisés par les pharmaciens auprès des patients, et consignées dans un **livret dédié**. Ces livrets, anonymisés à l'aide d'un numéro d'inclusion, ont été transmis par courrier à l'URPS à l'issue du suivi de chaque patient. L'URPS a ensuite assuré leur centralisation et leur transmission à Cemka pour la saisie et l'analyse des données.

- ⇒ **Retour d'expérience des pharmaciens** : L'enquête en ligne initialement prévue a été remplacée par des entretiens téléphoniques qualitatifs semi-directifs, menés par Cemka auprès d'une dizaine de pharmaciens sélectionnés pour représenter une diversité de profils (niveau d'implication, abandon du programme, répartition géographique, etc.).
- ⇒ **Avis et expérience des patients** : Il était prévu que des entretiens qualitatifs téléphoniques soient conduits auprès d'une douzaine de patients. Les pharmaciens devaient proposer cette participation à l'issue du deuxième entretien, en remettant une lettre de présentation. Pour garantir l'anonymat, les patients volontaires étaient invités à contacter directement Cemka via un numéro vert afin de convenir d'un rendez-vous. Ces entretiens devaient permettre de recueillir leur niveau de satisfaction (noté sur 10) ainsi que leur perception de l'accompagnement reçu : intérêt, difficultés rencontrées, apports dans leur parcours de soins.
- ⇒ **Retour de l'équipe URPS** : Un entretien a été réalisé avec deux membres de l'URPS impliqués dans le projet, afin de recueillir leur retour d'expérience sur la mise en œuvre de l'expérimentation, les éventuels obstacles rencontrés, les éléments facilitateurs identifiés, ainsi que les pistes de capitalisation envisagées.

Tableau 3. Données qualitatives et quantitatives effectivement recueillies

Public / Sources de données	Modalités prévues	Réalisations
Pharmaciens d'officine	10 entretiens qualitatifs téléphoniques	10 entretiens réalisés du 25/06/25 au 09/07/25
Patients bénéficiaires	12 entretiens qualitatifs téléphoniques	<u>Aucun entretien réalisé</u> (aucun patient n'a contacté Cemka)
URPS Pharmaciens PdL	1 entretien collectif avec les membres impliqués	1 entretien collectif réalisé le 13/05/25
Guide d'entretien (Livrets) (données patients)	Analyse de 34 livrets correspondant aux patients inclus	18/34 livrets reçus par l'URPS, transmis à Cemka et analysés (53%)

La liste de l'ensemble des personnes interrogées ainsi que la grille d'entretien sont respectivement disponibles en [Annexe 1](#) et en [Annexe 2](#).

2.3 Éléments de méthode et description des pharmaciens d'officine interrogés

Les coordonnées téléphoniques des pharmaciens inscrits aux soirées de présentation du projet et/ou ayant inclus des patients dans l'expérimentation ont été colligées par l'URPS Pharmaciens PDL. Au global, les **coordonnées des 25 pharmaciens ont été transmises** :

- ⇒ Après information préalable de l'URPS Pharmaciens PDL de la réalisation de l'évaluation externe du dispositif, les 25 pharmaciens concernés ont été contactés par mail, afin de recontextualiser les enjeux de l'expérimentation et de l'évaluation ainsi que de convenir d'un rendez-vous téléphonique.
- ⇒ Plusieurs relances (téléphoniques et par mail) ont été nécessaires.
- ⇒ Sur les 25 pharmaciens contactés : 10 ont accepté et participé à un entretien (40%) ; 4 ont refusé l'entretien ; 5 ont assisté aux soirées de présentation, mais n'ont pas inclus de patients par la suite, et ne disposaient pas de retour d'expérience à partager ; 6 ont été relancés entre 3 et 4 fois sans possibilité de programmation d'entretien. Les raisons évoquées ou identifiées incluent : déménagement de l'officine, manque de temps, congé maternité ou départ à la retraite.
- ⇒ **10 entretiens semi-directifs complexes ont ainsi été réalisés entre le 25/06/2025 et le 09/07/2025** auprès des pharmaciens ayant participé au projet chirurgie bariatrique.
- ⇒ Ces entretiens ont duré en moyenne 15 minutes (entre 5 et 30 minutes) et ont permis de recueillir des éléments qualitatifs sur le nombre de patients accompagnés dans le cadre du programme, le niveau de motivation et d'adhésion, la mise en œuvre des entretiens motivationnels ainsi que les résultats, impacts perçus et les axes d'amélioration du programme de manière globale.

Concernant les 10 entretiens réalisés :

- ⇒ Une majorité de **femmes** interrogées (80%).
- ⇒ **Au moins un pharmacien par département des PDL a été interrogé** : 4 en Vendée (85) ; 2 en Loire-Atlantique (44) et dans la Sarthe (72), 1 dans le Maine-et-Loire (49) et en Mayenne (53).
- ⇒ **Plus de la moitié des PhO interrogés (60%) n'avait pas inclus de patients** dans l'expérimentation.

Tableau 4. Caractéristiques de la population d'étude

Genre (N=10)	N (%)
Homme	2 (20%)
Femme	8 (80%)
Département de l'officine (N=10)	
Vendée (85)	4 (40%)
Loire-Atlantique (44)	2 (20%)
Sarthe (72)	2 (10%)
Mayenne (53)	1 (10%)
Maine-et-Loire (49)	1 (10%)
Inclusion(s) réalisée(s) selon les pharmacies (N=10)	
Oui	4 (10%)
Non	6 (60%)

2.4 Difficultés rencontrées dans le recueil et l'analyse

Le recueil de données dans le cadre de cette évaluation a été confronté à plusieurs difficultés, qui ont restreint la portée des analyses :

- ⇒ **Disponibilité limitée des pharmaciens d'officine** : de nombreuses relances ont été nécessaires pour organiser les entretiens. Certains professionnels n'ont pas donné suite aux sollicitations (N=6), tandis que plusieurs rendez-vous ont été annulés ou reportés, reflétant une charge de travail particulièrement élevée au sein des officines.
 - ⇒ **Conditions de réalisation des entretiens parfois peu favorables** : les entretiens ont été réalisés par téléphone, le plus souvent directement sur les lieux/horaires de travail des pharmaciens. Cette modalité a parfois entraîné des indisponibilités, des interruptions ou des entretiens écourtés, limitant la profondeur des échanges et la qualité des informations recueillies.
 - ⇒ **Taille restreinte de la population interrogée** : seuls 25 pharmaciens ont effectivement participé à l'expérimentation, contre 40 initialement prévus. Cela a limité le nombre de contacts disponibles pour les entretiens qualitatifs.
 - ⇒ **Manque de recul de certains répondants** : plusieurs pharmaciens interrogés avaient peu, voire pas, inclus de patients. Cela a restreint leur capacité à formuler une appréciation globale du dispositif et à en évaluer les effets.
 - ⇒ **Transmission incomplète des livrets patient** : seuls 18 livrets sur les 34 attendus ont été transmis à l'URPS, ce qui n'a permis qu'une analyse partielle des données relatives au suivi et à l'accompagnement des patients inclus.
 - ⇒ **Absence totale de participation des patients aux entretiens** : malgré le dispositif mis en place (lettre de présentation remise par le pharmacien et possibilité de contact via un numéro vert), aucun patient n'a pris l'initiative de contacter Cemka pour participer aux entretiens qualitatifs, empêchant toute analyse directe du point de vue des bénéficiaires.
- ⇒ Ce document constitue le **rapport final d'évaluation du projet « Pharmaciens d'officine et Chirurgie Bariatrique »** porté par l'URPS Pharmaciens Pays de la Loire.

3 ANALYSE DES DONNEES DES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES

Pour rappel, les données de suivi des patients, utilisées pour l'évaluation ont été recueillies lors des entretiens (initial et de suivi) réalisés en postopératoire, puis consignées dans un livret renseigné par les pharmaciens au cours de l'accompagnement. À l'issue du suivi de chaque patient, le livret complété devait être transmis par courrier à l'URPS, chargée de les regrouper et de les envoyer à Cemka pour la saisie et l'analyse des données. Conformément au protocole, les guides d'entretiens étaient anonymisés et identifiés uniquement par un numéro d'inclusion du patient.

Au total, **18 livrets patients complétés ont été reçus et pris en compte pour l'évaluation**. Chaque livret correspond à un patient inclus dans l'expérimentation et regroupe l'ensemble des informations recueillies lors des entretiens pharmaceutiques, initiaux et de suivi. Ces livrets constituent la source principale pour l'analyse quantitative et qualitative des parcours, du suivi postopératoire et de l'observance des patients accompagnés.

Durée des 2 entretiens :

La durée moyenne de l'entretien pharmaceutique initial est de 50 minutes (40 min à 1h). Ce temps d'échange conséquent s'explique par l'objectif principal de cet entretien : réaliser un état des lieux complet de la situation du patient après sa chirurgie bariatrique.

L'entretien de suivi, plus court, dure en moyenne 26 minutes (20 à 40 min). Il vise à évaluer l'évolution des connaissances, des pratiques et de l'adhésion du patient au fil du temps.

3.1 Profils des patients inclus à l'entretien initial

L'échantillon analysé comprend 18 patients, dont les caractéristiques principales sont les suivantes :

- ⇒ Une majorité de patients sont des **femmes** (13 patients, soit 72% de l'échantillon) contre 5 hommes (28%). Cette répartition est cohérente avec les tendances nationales, où la proportion de femmes opérées d'une chirurgie bariatrique est largement majoritaire (75 à 80% selon l'ATIH, 2021 ; HAS, 2009)².
- ⇒ L'âge moyen des patients inclus est de 40 ans, avec une **médiane de 36 ans** et des patients âgés de 22 à 61 ans.
- ⇒ Concernant la contraception, un peu plus de la moitié des femmes accompagnées déclarent utiliser un moyen contraceptif (N=6), majoritairement un DIU, une pilule ou un implant. Certaines patientes indiquent explicitement ne pas souhaiter de contraception, notamment pour des raisons personnelles (célibat, choix éclairé). Des situations de ménopause sont également relevées (N=2) ;
- ⇒ Plus de la moitié des patients sont **salariés** (10 patients, soit 56%). Les autres situations sont variées : 3 sans emploi, 2 retraités, 2 bénéficiaires de l'AAH, et 1 personne sans activité.
- ⇒ Concernant le niveau d'étude, une majorité des patients présentent un niveau **CAP-BEP** (41%) ou **Bac+2 et au-delà** (41%). Les niveaux intermédiaires (baccalauréat, niveau secondaire) restent minoritaires. 1 valeur est manquante.
- ⇒ Les codes postaux recueillis montrent une concentration marquée en **Loire-Atlantique**, avec 11 patients résidant dans ce département, notamment à Nantes (4 patients). D'autres territoires de la région sont également représentés, comme le Maine-et-Loire (49000), la Mayenne (53400) et la Sarthe (72210, 72240, 72700). Cette répartition reflète la diversité géographique de l'échantillon, couvrant à la fois des zones urbaines et des secteurs ruraux.

² Haute Autorité de Santé (2009). Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte ; Recommandations de bonne pratique ; ATIH (2021). Rapport national sur la chirurgie de l'obésité ; Analyse des données PMSI 2019-2021.

- ⇒ 67% des patients (N=12) ont eu une **sleeve gastrectomie**, ce qui en fait la technique la plus fréquente dans cet échantillon. Le **bypass gastrique en Y** représente 28% des interventions (N=5). Un patient a eu une conversion (anneau gastrique puis bypass en Y).
- ⇒ L'exhaustivité des informations varie selon le professionnel de santé concerné : le nom du chirurgien et du centre opératoire est renseigné pour l'ensemble des patients (100%, N=18), celui de l'endocrinologue pour 72% (N=13) et celui de la diététicienne pour 56% (N=10). Le nom du médecin généraliste est disponible pour 89% des patients (N=16), avec deux données manquantes.
- ⇒ 15 patients (83%) ont bénéficié d'un **programme d'Education Thérapeutique** (prise en charge pluriprofessionnelle).
- ⇒ Le **temps de préparation pré-opératoire** s'étend de 2 à 16 mois, avec une durée **moyenne de 8,3 mois (médiane 7 mois)**. La majorité des patients (N=16) ont ainsi bénéficié d'un suivi pré-opératoire globalement conforme aux recommandations de la HAS, qui préconisent une préparation de 6 à 12 mois avant l'intervention (à noter qu'une donnée est manquante et qu'un patient présente une durée particulièrement courte de 2 mois de préparation).
- ⇒ Le nombre de professionnels rencontrés par patient au cours de la préparation pré-opératoire varie de 1 à 11, avec une moyenne de 6,7 (médiane 7 professionnels). La majorité des patients ont donc bénéficié d'un **suivi multidisciplinaire impliquant entre 5 et 9 professionnels**.

La quasi-totalité des patients ont consulté un **chirurgien** (N=17) et un **médecin endocrinologue ou nutritionniste** (N=16), ainsi qu'un **psychiatre ou psychologue** (N=17). Les autres professionnels, comme le cardiologue, le pneumologue, le diététicien, l'infirmier, l'enseignant APA, le dentiste ou le masseur-kinésithérapeute complètent le suivi selon les situations individuelles.

Tableau 5. Professionnels rencontrés par les patients au cours de la préparation pré-opératoire

Professionnel(s) rencontré(s) au cours de la préparation	Nb de patients concernés (sur 18)
Chirurgien	17 (94%)
Diététicien	9 (50%)
Médecin endocrinologue/nutritionniste	16 (89%)
Infirmier	7 (39%)
Enseignant Activité Physique Adaptée (APA)	7 (39%)
Masseur-Kinésithérapeute	5 (28%)
Cardiologue	15 (83%)
Pneumologue	10 (56%)
Psychiatre/psychologue	17 (94%)
Dentiste	7 (39%)
Autres spécialistes (gastro-entérologue, radiologue, angiologue...)	8 (44%)

- ⇒ Concernant le tabagisme, **trois patients se déclarent fumeurs au moment de l'entretien initial. Deux d'entre eux ont respecté l'arrêt du tabac avant l'intervention, conformément aux recommandations, mais tous ont repris après l'opération.** Cette situation met en évidence la nécessité d'un accompagnement renforcé et prolongé pour maintenir l'arrêt du tabac après une chirurgie bariatrique.

« Patient a arrêté de fumer les 8 semaines recommandées. Il a de nouveau envie d'arrêter mais a repris il y a 15 jours à cause du stress post op » ; « Patient a peur de reprendre du poids en arrêtant à nouveau la cigarette ».

Parmi les 3 patients qui se déclaraient fumeurs au moment de l'entretien initial, un patient a arrêté, tandis que les 2 autres poursuivent leur consommation à date de l'entretien de suivi.

Profils des patients inclus et respect des modalités de suivi :

- ⇒ Conformément au protocole de l'expérimentation, deux profils de patients pouvaient être inclus, chacun associé à des modalités de suivi spécifiques :

- Patients opérés depuis moins d'un an au moment de l'entretien initial : dans ce cas, l'entretien de suivi devait être réalisé au plus tard 18 mois après la chirurgie.
- Patients opérés depuis plus d'un an au moment de l'entretien initial : dans ce cas, l'entretien de suivi devait être réalisé dans un délai de 6 mois après l'entretien initial.

Répartition des profils observés :

L'analyse des 18 patients inclus montre que les deux types de profils ont bien été rencontrés :

- ⇒ **14 patients** relevaient du profil « **opéré depuis moins d'un an** » au moment de leur entretien initial.
 - Le délai moyen entre la chirurgie et l'entretien initial était de 4 mois (médiane : 3 mois ; minimum : 1 mois ; maximum : 9 mois).
 - L'entretien de suivi a été réalisé en moyenne 10 mois après l'entretien initial (médiane : 8 mois ; min. : 6 mois ; max. : 20 mois), avec 2 données manquantes.
 - Parmi ces patients, seul un entretien de suivi dépasse le délai des 18 mois entre l'opération et le suivi, atteignant 20 mois, ce qui reste relativement marginal.
 - ⇒ **4 patients** étaient dans le profil « **opéré depuis plus d'un an** » au moment de l'entretien initial (chirurgies datant respectivement de 3 ans pour deux patients, 9 ans et 13 ans pour les deux autres).
 - Pour ces patients, l'entretien de suivi devait idéalement avoir lieu dans un délai de 6 mois après l'entretien initial.
 - Ce délai a été partiellement respecté, avec des entretiens réalisés à 6, 7, 11 et 12 mois après l'entretien initial. Deux suivis sont donc globalement conformes, tandis que les deux autres dépassent la fenêtre recommandée.
- Ces éléments montrent une **mise en œuvre globalement fidèle** aux attendus du protocole, en particulier pour les patients opérés récemment.

3.2 Suivi du parcours post-opératoire

3.2.1 Situation lors de l'entretien initial

- ⇒ Concernant le **suivi biologique**, 13 patients sur 18 (72%) ont déclaré avoir réalisé des analyses médicales au cours de l'année. Un quart des patients n'a toutefois pas eu de bilan récent (N=5).
- ⇒ La moitié des patients (N=9 ; 50%) déclare avoir bénéficié d'un **suivi infirmier** au cours de l'année.
- ⇒ 3 patients sur 18 (17 %) ont déclaré avoir bénéficié d'un **suivi en activité physique adaptée ou en kinésithérapie**.
- ⇒ Parmi les 18 patients, **13 (72%) déclarent pratiquer une activité physique régulière**, principalement la marche quotidienne, souvent complétée par des séances d'aquagym, de renforcement musculaire ou de vélo. À noter que les 5 patients ne pratiquant pas d'activité physique n'ont pas bénéficié d'un suivi avec un enseignant en activité physique adaptée ou un masseur-kinésithérapeute dans l'année.
- ⇒ 10 patients sur 18 (56%) déclarent avoir bénéficié d'un **suivi nutritionnel médical** au cours de l'année, tandis que 8 patients (44%) n'ont pas consulté de médecin endocrinologue ou nutritionniste sur cette période (recommandation HAS : le suivi nutritionnel médical vise notamment à dépister et prévenir la dénutrition, les carences nutritionnelles et vitaminiques, à surveiller les comorbidités, adapter les posologies de traitement si besoin).
- ⇒ 5 patients sur 18 (28%) déclarent avoir bénéficié d'un **suivi diététique** au cours de l'année, tandis que 13 (72%) n'ont pas vu de diététicienne sur cette période alors que la HAS recommande des consultations mensuelles (au moins 6 consultations pour intégrer l'équilibre alimentaire, le fractionnement, l'évaluation des quantités).

- ⇒ La moitié des patients déclare avoir bénéficié d'un **suivi psychologique** au cours de l'année. L'autre moitié n'a donc pas eu accès à cet accompagnement, pourtant recommandé par la HAS lorsqu'un patient présente des difficultés à surmonter les changements liés à la chirurgie, en cas de troubles du comportement alimentaire ou de pathologies psychiatriques associée.
- ⇒ 7 patients sur 18 (39%) déclarent avoir bénéficié d'un **suivi dentaire** au cours de l'année. Parmi les 11 patients sans suivi dentaire, 7 patients déclarent pourtant avoir des **reflux gastro-œsophagiens** (RGO). Certains déclarent des symptômes rares ou modérés, d'autres décrivent un RGO quotidien, très douloureux et gênant après chaque repas.
| « *Envie de vomir après chaque repas* » ; « *Très fréquent et très douloureux* » ; « *De temps en temps* ».
- ⇒ 5 patients sur 18 (28%) déclarent avoir bénéficié d'un **suivi cardiaque** au cours de l'année et 6 patients (33%) d'un **suivi pneumologique**. La majorité des patients n'a donc pas déclaré de contrôle cardiologique (72%) ou pneumologique (67%) récent au moment de l'entretien initial.

Le tableau ci-dessous synthétise, pour chaque volet du parcours post-opération, le nombre de patients ayant bénéficié d'un suivi dans l'année.

Tableau 6. Synthèse des suivis du parcours post-opératoire déclarés par les patients (dans l'année)

Volet du suivi	Nb de patients concernés sur 18	Remarques / Recommandations
Biologique	13 (72%)	
Nutritionnel médical	10 (56%)	HAS : essentiel pour dépister/déficits et ajuster traitements
Psychologique	9 (50%)	HAS : indiqué pour troubles alimentaires ou difficultés psychiques
Infirmier	9 (50%)	
Dentaire	7 (39%)	RGO fréquent chez patients sans suivi (7/11) : risque d'érosion dentaire.
Pneumologique	6 (33%)	
Diététique	5 (28%)	HAS : recommandé mensuel (au moins 6 consultations)
Cardiaque	5 (28%)	
APA	3 (17%)	Faible mais 13 sur 18 (72%) pratiquent une AP régulière

→ L'analyse montre que le suivi post-opératoire est partiellement conforme aux recommandations, avec un relativement « bon » taux de réalisation des bilans biologiques (72%) et une pratique d'activité physique régulière pour la majorité des patients. Toutefois, le recours à un accompagnement structuré (APA/kiné) et au suivi diététique reste insuffisant. La moitié des patients bénéficie d'un suivi psychologique, pourtant recommandé par la HAS. Le suivi bucco-dentaire, cardiaque et pneumologique est également limité, malgré des facteurs de risque identifiés comme le RGO.

3.2.2 Evolution du suivi médical et paramédical entre l'entretien initial et de suivi

Le tableau suivant présente pour chaque volet du suivi, l'évolution du suivi médical des patients inclus dans l'expérimentation. Ces chiffres restent indicatifs tant les effectifs sont faibles.

Tableau 7. Evolution du suivi médical et paramédical

Volet du suivi	Nb de patients concernés (entretien initial)	Nb de patients concernés (entretien de suivi) sur les 18	Remarques / Précisions
Psychiatre Psychologue	9 (50%)	6 (33%)	Sur les 18 patients inclus, 9 ont déclaré, lors de l'entretien initial, avoir consulté un psychologue ou un psychiatre au cours de l'année écoulée. Parmi eux, 6 ont poursuivi ce suivi entre l'entretien initial et l'entretien de suivi.
Endocrinologue Nutritionniste	10 (56%)	5 (28%)	Sur les 18 patients inclus, 10 ont déclaré, lors de l'entretien initial, avoir consulté un médecin endocrinologue ou nutritionniste au cours de l'année écoulée. Parmi eux, seuls 4 patients ont poursuivi ce suivi entre l'entretien initial et l'entretien de suivi. À l'inverse, un patient n'ayant pas eu de consultation avec un spécialiste au moment de l'entretien

			initial a engagé un suivi avec un endocrinologue ou un nutritionniste par la suite. Au total, la proportion de patients ayant bénéficié d'un suivi médical nutritionnel spécialisé a diminué au cours de l'expérimentation, passant de 56% lors de l'entretien initial à seulement 28% à l'issue du suivi.
Diététicien	5 (28%)	4 (22%)	Parmi les 18 patients inclus, 5 ont déclaré, lors de l'entretien initial, avoir consulté un diététicien au cours de l'année écoulée. Parmi eux, 2 ont poursuivi ce suivi entre les 2 entretiens. Par ailleurs, 2 autres patients, qui ne bénéficiaient pas de suivi diététique initialement, ont engagé une consultation avec un diététicien dans l'intervalle.
Enseignant APA	3 (17%)	1 (6%)	Le recours à un enseignant APA reste très limité. Sur les 18 patients inclus, seuls 3 ont déclaré, au moment de l'entretien initial, avoir vu un enseignant APA au cours de l'année écoulée. Parmi eux, un seul patient a poursuivi ce suivi entre l'entretien initial et l'entretien de suivi, ce qui témoigne d'une intégration encore marginale de l'APA dans le parcours postopératoire.

3.3 Situation et évolution des connaissances et des pratiques dans le temps

Il convient de noter qu'il reste difficile de tirer des constats robustes compte tenu du nombre limité de livrets analysés et des données manquantes pour certains champs.

3.3.1 Principes de traitement

Tableau 8. Principes de traitement (avant/après)

Entretien initial	Entretien de suivi
Nom des traitements : 12 patients sur 15 (80%) connaissent le nom de leurs traitements, 2 partiellement et 1 ne les connaît pas (3 réponses manquantes).	9 patients sur 13 (69%) connaissent le nom de leurs traitements, 3 partiellement et 1 ne les connaît pas (5 réponses manquantes).
Quand prendre les traitements : La majorité des patients (N=14 ; 93%) savent quand prendre leurs traitements ; un seul patient ne le sait pas (3 réponses manquantes).	La majorité des patients (N=12) savent quand prendre leurs traitements (6 réponses manquantes).
Oublis de traitements : 6 patients sur 15 (35%) déclarent parfois oublier leurs traitements (dont 3 ne savent pas quoi faire en cas d'oubli) ; 9 patients (65%) n'ont pas signalé d'oubli (3 réponses manquantes).	3 patients sur 12 (25 %) déclarent parfois oublier leurs traitements ; 9 patients (75 %) n'ont pas signalé d'oubli (6 réponses manquantes).
Connaissance traitements déconseillés : 7 patients sur 14 (50%) déclarent connaître les traitements déconseillés après chirurgie bariatrique, tandis que l'autre moitié ne les identifie pas (3 réponses manquantes).	9 patients sur 11 (82 %) déclarent connaître les traitements déconseillés , 1 partiellement et 1 ne les connaît pas (7 réponses manquantes).
→ Constat global : La majorité des patients connaissent leurs traitements et savent quand les prendre, mais des oublis persistent et seuls la moitié des patients identifient les médicaments déconseillés après chirurgie. Ces résultats soulignent l'importance de renforcer l'information et le suivi éducatif pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse.	→ Comparé à l'entretien initial , la connaissance des traitements reste globalement bonne, les oublis diminuent et la connaissance des traitements déconseillés progresse.

3.3.2 Automédication

Tableau 9. Automédication (avant/après)

Entretien initial	Entretien de suivi
Recours à l'automédication : Un tiers des patients (6 sur 18, soit 33%) déclarent avoir recours à l'automédication. Les médicaments mentionnés concernent principalement des antalgiques, des traitements contre le rhume ou les troubles digestifs.	Le recours reste <u>globalement stable</u> , avec 6 patients sur 16 (37%) déclarant continuer à s'automédiquer, dont 5 étaient déjà concernés à l'entretien initial. (2 réponses manquantes)

Information du pharmacien : 10 patients sur 16 (62%) indiquent prévenir leur pharmacien de leur chirurgie bariatrique en cas de prise de médicament sans ordonnance, tandis que 6 ne le font pas. (2 réponses manquantes)	Ce taux progresse à 9 patients sur 11 (82%) ; dont 6/9 patients déjà concernés à l'entretien initial), contre 2 qui ne préviennent pas. (7 réponses manquantes)
Prise de médicaments sans ordonnance en lien avec la chirurgie : 3 patients sur 15 (20%) rapportent avoir pris des médicaments sans ordonnance pour gérer des symptômes potentiellement liés à leur chirurgie (vomissements, reflux, douleurs gastriques). (3 réponses manquantes)	Un seul patient déclare avoir poursuivi ce type d'automédication.

→ L'automédication reste modérément répandue, concernant environ un tiers des patients. Elle porte surtout sur des traitements de confort, parfois en lien avec les suites de l'intervention chirurgicale (douleurs, reflux, troubles digestifs).

→ L'évolution entre les deux entretiens montre une relative stabilité du recours à l'automédication.

→ Par ailleurs, le taux de patients informant leur pharmacien en cas de prise sans ordonnance augmente entre les deux entretiens (de 62% à 82%), ce qui constitue un point positif, suggérant un meilleur réflexe de transparence vis-à-vis du professionnel de santé et de prise de conscience des effets possibles.

3.3.3 La prise de vitamines post-chirurgie

Tableau 10. Prise de vitamines post-chirurgie (avant/après)

Entretien initial	Entretien de suivi
Connaissance des recommandations de prise (vitamines/minéraux) : 8/18 (44%) connaissent ; 4/18 (22%) partiellement ; 6/18 (33%) ne connaissent pas.	13/17 (76 %) connaissent (dont 7 qui les connaissaient déjà lors de l'entretien initial) ; 3/17 (18%) partiellement ; 1/17 (6%) ne connaît pas (1 réponse manquante)
Connaissance du rôle des vitamines et fréquence de prise : 5 connaissent bien le rôle des vitamines et minéraux après la chirurgie ; 5 partiellement ; 8 ne savent pas. Parmi les 10 patients ayant une connaissance partielle ou complète, 9 connaissent la fréquence de prise.	Parmi les 16 ayant une connaissance partielle ou complète, tous connaissent la fréquence de prise (1 réponse manquante)
Connaissance de la durée de supplémentation : 15/18 (83%) savent combien de temps poursuivre la prise de vitamines et minéraux après la chirurgie ; 3 ne le savent pas.	16/17 (94 %) savent ; 1 partiellement (1 réponse manquante)
Connaissance de l'adaptation selon les bilans biologiques : Parmi ceux qui savent au moins partiellement combien de temps prendre ces vitamines, 8 déclarent savoir que les doses doivent être adaptées sur les bilans biologiques réguliers et 7 ne le savent pas.	Parmi ceux qui savent au moins partiellement combien de temps prendre ces vitamines : 16/17 savent ; 1 ne sait pas.

→ Les résultats montrent une amélioration sensible des connaissances des patients entre les 2 entretiens, notamment en ce qui concerne :

- ⇒ Les recommandations de prise de vitamines et minéraux (progression de 44% à 76%) ;
- ⇒ La fréquence de prise, désormais connue par tous les patients ayant une connaissance partielle ou complète du rôle des vitamines ;
- ⇒ La durée de la supplémentation, bien intégrée dès l'entretien initial (83%) et renforcée par la suite (94%) ;
- ⇒ L'adaptation des doses selon les bilans biologiques, dont la compréhension progresse nettement (de 50% à près de 100%).

3.3.4 Gestion de la vie quotidienne

Tableau 11. Gestion de la vie quotidienne (avant/après)

Entretien initial	Entretien de suivi
Connaissance du nombre de repas par jour : Tous les patients interrogés (N=18 ; 100%) savent combien de repas ils doivent prendre par jour.	18/18 (100%)

Difficultés rencontrées : La moitié des patients (N=9 ; 50%) déclare rencontrer des difficultés à prendre les repas après la chirurgie. 4 patients estiment que la prise des repas les met en difficulté au niveau de sa vie sociale.

« Sorties au restaurant compliquées » ; « Arrêt de travail depuis l'intervention » ; « Ne réussis pas à manger le matin » ; « Ne parviens pas à prendre les collations » ; « Patiente qui a beaucoup de mal à s'alimenter car n'a pas envie de manger ».

6/18 (33%)

Aucun ne considère désormais que cela impacte sa vie sociale.

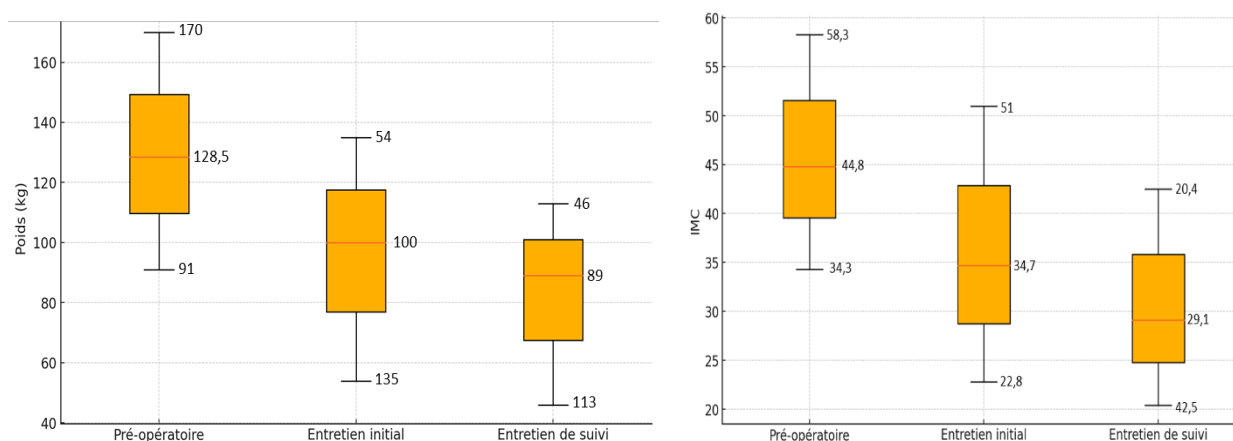
→ Tous les patients interrogés connaissent le nombre de repas à prendre quotidiennement, traduisant une bonne assimilation du principe de fractionnement alimentaire, fondamental après une chirurgie bariatrique.

→ La proportion de patients déclarant des difficultés à prendre leurs repas diminue entre les deux entretiens (de 50% à 33%), suggérant une adaptation progressive aux nouvelles habitudes alimentaires. Par ailleurs, aucun patient ne rapporte d'impact sur sa vie sociale lors de l'entretien de suivi, contre 4 au départ.




3.4 Évolution du poids et de l'indice de masse corporelle (IMC) du patient

Les graphiques ci-dessous illustrent l'évolution du poids (en kg) et de l'IMC aux 3 temps : pré-opératoire, entretien initial et entretien de suivi.

Figure 1. Evolution du poids et de l'IMC entre l'entretien initial et de suivi



Focus sur l'évolution pondérale :

Caractéristique	Entre la phase pré-opératoire et l'entretien initial	Entre l'entretien initial et de suivi
 Perte de poids moyenne	-32 kg en moyenne (médiane : -33kg)	-10 kg (médiane : -6,5kg)
 Perte de poids (% du poids initial)	33% (période entre la phase pré-opératoire et l'entretien de suivi)	
 Variation individuelle	-9 kg à -56 kg	+5 kg à -40 kg

⇒ **Perte de poids significative et attendue :** la perte moyenne de 32 kg entre la phase pré-opératoire et l'entretien initial confirme l'efficacité immédiate de la chirurgie bariatrique.

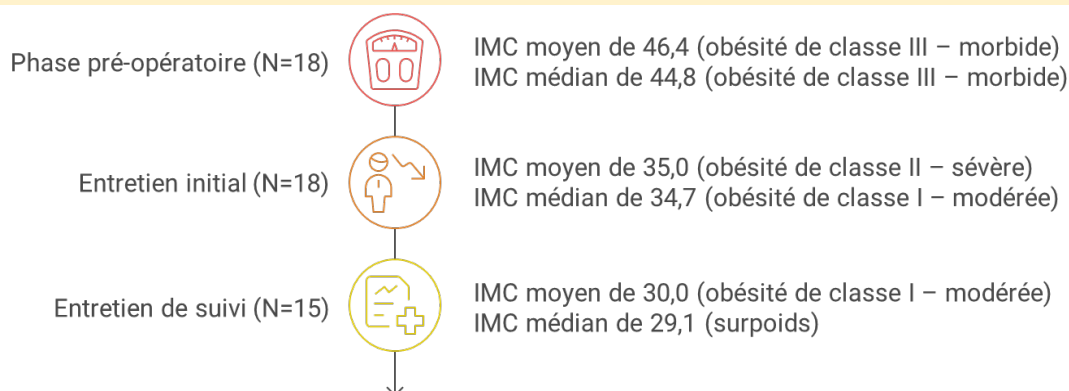
- Sur l'ensemble du suivi, la perte de poids moyenne atteint 33% du poids initial, sur une durée moyenne de 26 mois entre l'intervention chirurgicale et l'entretien de suivi.

- *Focus* sur les 15 patients opérés depuis moins d'un an au moment de l'inclusion : la durée moyenne entre l'opération et l'entretien de suivi est de 13 mois, avec une perte moyenne de 33% du poids initial.
- *Focus* sur les 3 patients opérés depuis plus d'un an à l'inclusion : la durée moyenne entre l'opération et l'entretien de suivi est de 7 ans, avec une perte moyenne de 32%, traduisant une stabilité de la perte pondérale à long terme.

⇒ **Poursuite de la perte après l'entretien initial** : la majorité des patients continuent à perdre du poids entre les deux entretiens, avec une baisse moyenne supplémentaire de -10 kg (médiane : -6,5 kg). Cela traduit une bonne observance des recommandations post-opératoires, notamment en matière de diététique, de supplémentation et d'activité physique.

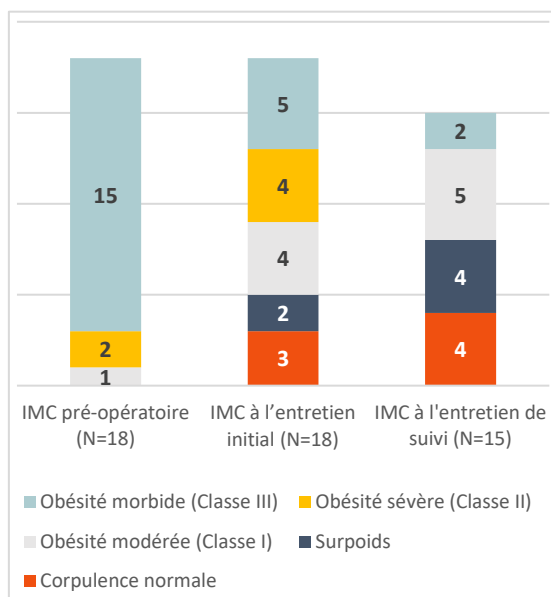
→ **Le maintien ou l'absence de reprise majeure de poids entre l'entretien initial et de suivi reflète également une bonne observance globale des patients, en particulier vis-à-vis des recommandations nutritionnelles, de supplémentation et d'activité physique.**

Focus sur l'évolution de l'IMC : amélioration clinique marquée



- ⇒ L'évolution de l'IMC, disponible pour 15 patients (3 données manquantes), met en évidence une **réduction significative entre la phase pré-opératoire et l'entretien de suivi**, cohérente avec la perte de poids observée.
- ICM moyen : il passe de 46,4 en pré-opératoire (obésité de classe III – morbide) à 35,0 lors de l'entretien initial (N=18) (obésité de classe II – sévère), puis à 30,0 au moment du suivi (N=15) (obésité de classe I – modérée), avec une diminution globale de 14,8 points en moyenne (N=15).
 - ICM médian : une évolution similaire est observée, avec une baisse de 44,3 à 29,1.
- L'analyse individuelle des 18 patients montre une réduction marquée de l'IMC entre la phase pré-opératoire, l'entretien initial et l'entretien de suivi. Elle se traduit non seulement par une baisse numérique de l'IMC, mais surtout par un **changement de classe diagnostique OMS**, reflétant une amélioration du risque de comorbidités métaboliques.

Evolution des classes d'IMC (classification OMS)



Éléments de lecture :

- Pré-opératoire : 15 patients (83%) étaient en obésité morbide (classe III) ($IMC \geq 40$) ; 2 patients en obésité sévère (classe II) ; 1 patient en obésité modérée (classe I).
- Entretien initial : Déjà 5 patients étaient descendus en dessous de 30 (seuil de l'obésité) dont 3 patients avaient atteint un $IMC < 25$.
- Entretien de suivi (N=15) : 4 patients (27%) sont passés en zone de poids normal ($IMC < 25$) ; 4 patients (27%) sont en surpoids ($IMC 25-29,9$) ; 7 patients (46%) restent en situation d'obésité, mais : 5 en obésité modérée (classe I) ($IMC 30-34,9$) ; 3 en obésité sévère ou morbide.

➔ Ainsi, près de la moitié des patients (8/18, soit 44%) ont quitté la zone d'obésité au moment de l'entretien initial ou de suivi.

- ➔ Cette baisse d'IMC traduit non seulement une perte de masse grasse significative, mais aussi une amélioration du risque métabolique et cardiovasculaire.
- ➔ Le passage moyen d'un IMC de classe III (obésité sévère) à un IMC proche de la classe I ou du surpoids, constitue un gain clinique majeur.
- ➔ Ces résultats sont conformes aux objectifs attendus dans le cadre d'un suivi post-opératoire structuré, comme recommandé par la HAS.

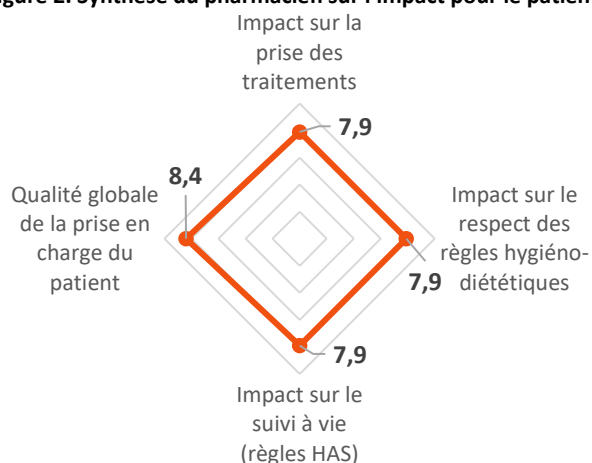
3.5 Synthèse du pharmacien sur l'impact pour le patient

À l'issue de l'entretien de suivi, les pharmaciens ont évalué l'impact perçu de l'accompagnement sur les patients selon quatre dimensions clés :

1. Impact sur la prise des traitements.
2. Impact sur le respect des règles hygiéno-diététiques.
3. Impact sur le suivi à vie, en lien avec les recommandations de la HAS.
4. Appréciation globale de la qualité de la prise en charge.

Pour chaque critère, le pharmacien a attribué une note sur 10, reflétant son jugement clinique.

Figure 2. Synthèse du pharmacien sur l'impact pour le patient



- ➔ Les trois premiers critères présentent des résultats homogènes (moyenne et médiane à 7,9 ou 8), témoignant d'un **impact perçu positif et constant sur les comportements de santé du patient**.
- ➔ La **note globale de qualité de prise en charge est légèrement supérieure (8,4/10)**, suggérant que l'accompagnement pharmaceutique est jugé bénéfique au-delà des seules dimensions techniques, en contribuant à un parcours plus sécurisé et structuré.
- ➔ Les notes minimales (4 à 6 ; 4 pharmaciens concernés) révèlent néanmoins des cas où l'impact a été perçu comme plus limité.

4 RETOURS D'EXPERIENCE DES PHARMACIENS : GRANDS CONSTATS ISSUS DES ENTRETIENS (N=10)

Sont présentés ci-après les principaux constats issus des entretiens menés entre juin et juillet 2025, auprès de pharmaciens d'officine inscrits aux soirées de présentation du projet ayant inclus ou non des patients dans l'expérimentation.

Compte tenu du nombre d'entretiens réalisés et du manque de recul des pharmaciens interrogés, certains des résultats présentés ci-dessous doivent être interprétés avec précaution.

4.1 Une bonne adhésion des pharmaciens mais des difficultés conjoncturelles et structurelles qui ont freiné les inclusions

Intérêt marqué pour l'accompagnement des patients

Les pharmaciens interrogés, qu'ils aient inclus des patients dans le cadre de l'expérimentation (N=4) ou non (N=6), témoignent d'un **fort intérêt pour la démarche**. Cet intérêt recouvre plusieurs dimensions : **l'enrichissement de leurs connaissances** en lien avec le suivi post-chirurgie bariatrique, la **volonté de diversifier l'offre de soins** en officine, ou encore une **curiosité** pour les dispositifs innovants proposés par les expérimentations :

« De connaître la maladie et connaître le suivi, avoir une notion de ce qui existait en termes de parcours » ; « On aime bien accompagner nos patients et se rendre disponible pour eux » ; « Il était très moteur sur tout ce qui était nouvelle mission » ; « J'adore tout ce qui est nutrition, j'ai fait un DU de micronutrition c'est un domaine qui me passionne ».

Inclusion effective : profils et nombre de patients

Parmi les 10 pharmaciens interrogés, 4 ont effectivement inclus et accompagné des patients dans le cadre de l'expérimentation. Le nombre de patients pris en charge et ayant bénéficié d'un entretien initial et/ou de suivi varie **de 1 à 16 par pharmacien**.

Difficultés rencontrées pour l'inclusion : 6 pharmaciens ont exprimé des difficultés à intégrer des patients, attribuées à plusieurs facteurs contextuels et structurels :

⇒ **Le contexte pandémique** (COVID-19), qui a freiné l'engagement initial :

« Ça s'est télescopé avec la pandémie » ; « Je n'ai pas l'impression d'avoir pu pleinement m'investir mais c'était le contexte : c'était le covid, puis au sein de l'entreprise j'étais toute seule pour les entretiens - il faut du temps pour faire ces entretiens ».

⇒ **Le manque de personnel** et une **surcharge de travail** en officine :

« Depuis le covid on court après le temps, les médicaments et le personnel. Ça s'est compliqué, on a l'impression qu'on a beaucoup plus de boulot ».

⇒ **L'absence d'espace de confidentialité**, notamment en milieu rural, qui rend la tenue d'entretiens difficile voire impossible :

« Mais après, la faisabilité c'est compliqué, c'est toujours le problème des petites officines rurales » ; « On manque un peu de place, ça demande un espace de confidentialité supplémentaire » ; « Il faudrait réorganiser les locaux ».

Engagement informel hors expérimentation

Enfin, deux pharmaciens n'ayant pas inclus de patient, indiquent avoir tout de même utilisé les connaissances acquises lors des réunions URPS ou via les outils d'entretien, pour conseiller les patients en dehors du cadre formel de l'expérimentation :

« J'ai fait un renforcement de conseils, mais plutôt au comptoir » ; « Malgré la non-inclusion, mobilise ce qu'elle a appris/reçu et discute au comptoir avec des patients concernés par une chirurgie bariatrique : parle des vitamines, de l'alimentation (explique que l'alimentation est maintenant fractionnée pour eux), s'intéresse vraiment au suivi, de l'extérieur, des patients qu'elle rencontre dans son officine ».

4.2 Information et accompagnement par l'URPS

Présentation en visioconférence : un repère pour la majorité

La grande majorité des pharmaciens interrogés (N=9) déclarent avoir assisté ou reçu un retour concernant la présentation en visioconférence organisée par l'URPS avant le lancement de l'expérimentation.

- ⇒ 5 pharmaciens identifient clairement le contenu de cette présentation, qu'ils jugent utile et intéressante. La présence d'un chirurgien spécialisé a été particulièrement appréciée pour sa capacité à clarifier les aspects techniques de la chirurgie bariatrique et à mieux comprendre le parcours du patient :

« Il y avait par ailleurs une chirurgienne présente, ce qui a facilité la compréhension « technique » de la prise en charge du patient » ; « C'était bien, ça fixait un peu les choses. Les pharmaciens n'avaient pas fait la formation comme moi donc c'est nouveau aussi, c'est toujours intéressant » ; « J'ai eu une formation en vidéo avec un médecin chirurgien, c'était très très bien. Il faudrait faire plus régulièrement des réunions pour ne pas se sentir seul. J'avoue que depuis le covid, on apprécie plus la visioconférence ».

- ⇒ À l'inverse, 5 pharmaciens ne se souviennent pas du contenu, ce qui s'explique par plusieurs facteurs : une présentation considérée comme trop ancienne, et/ou une participation à de nombreuses expérimentations ou actions.

- Un éloignement temporel de la présentation ;
- Une multiplication d'actions similaires dans le passé :

« Je me rappelle plus trop car des programmes comme ça, on en a fait plusieurs, mais c'était avec la préparatrice ».

- Une absence de participation directe à la présentation initiale :

« L'adjoint connaît l'expérimentation de nom, mais explique qu'il n'y a pas eu d'inclusion (d'autres problématiques à cause de la covid). Il n'a d'ailleurs pas reçu de formations spécifiques ni de présentation : ni par [nom de son collègue] aujourd'hui à la retraite, ni par l'URPS » (notes d'entretien)

Outils proposés : une mobilisation ciblée, mais limitée

Interrogés sur les outils mis à disposition dans le cadre de l'expérimentation, les pharmaciens indiquent ne pas avoir utilisé les affiches, contrairement au guide d'entretien et aux supports transmis en visioconférence, qui ont été mieux intégrés :

- ⇒ Les 4 pharmaciens ayant inclus des patients déclarent avoir utilisé exclusivement le guide d'entretien, jugé utile, structurant et relativement exhaustif :

« La grille je la trouvais pas mal, elle est relativement exhaustive. J'aime bien quand il y a pas mal de choses. Je trouve qu'elle aide, surtout quand on a que 5 ou 6 entretiens » ; « La petite plaquette était pas mal ».

- ⇒ Un pharmacien souligne toutefois la limite du format papier, et propose une version numérique pour moderniser et fluidifier les échanges avec les patients :

« C'est vrai que c'était... que c'était à l'ancienne avec des supports papiers » (souhait d'un support numérique type tablette – notes d'entretien).

- ⇒ 2 pharmaciens n'ayant pas inclus de patient ont tout de même utilisé la trame du guide d'entretien de manière informelle, directement au comptoir auprès de patients concernés par la chirurgie bariatrique :

« Malgré la non-inclusion, mobilise ce qu'elle a appris/reçu et discute au comptoir avec des patients concernés par une chirurgie bariatrique : parle des vitamines, de l'alimentation (explique que l'alimentation est maintenant fractionnée pour eux), s'intéresse au suivi, de l'extérieur, des patients qu'elle rencontre dans son officine » (notes d'entretien).

4.3 Ciblage, accompagnement et mise en œuvre des entretiens motivationnels

Des difficultés de ciblage rencontrées par la moitié des pharmaciens

5 pharmaciens sur 10 interrogés soulignent des **obstacles importants au repérage et à l'inclusion des patients dans le dispositif**. Les difficultés tiennent autant au contexte global qu'aux caractéristiques du public cible, parfois éloigné du soin ou peu engagé.

- ⇒ Le lancement du programme pendant la **crise sanitaire** a freiné son déploiement dans plusieurs officines, les priorités étant ailleurs :
 | « Pendant la mise en place de l'action, j'y étais (à la pharmacie), mais y'a eu le covid et ça a été retardé ».
- ⇒ La **thématique de la chirurgie bariatrique** reste perçue comme sensible voire taboue, rendant délicate son évocation au comptoir :
 | « Si au comptoir on n'identifie pas les opérations, on n'ose pas forcément poser des questions » ; « C'est un sujet un petit peu épineux, c'est pas facile de parler avec quelqu'un de son poids, c'est délicat comme sujet »
- ⇒ Le **manque d'engagement ou d'adhésion des patients** opérés depuis plusieurs années ou peu observants rend difficile l'organisation des deux entretiens requis :
 | « A réalisé un seul entretien pharmaceutique : le patient ne l'a pas sollicité pour le second entretien » (notes d'entretien). « On avait fait un listing à l'époque de patients qui allaient subir une intervention, on les voit un petit peu au moment de l'intervention mais pas beaucoup plus après » ; « On voyait la chirurgie bariatrique, mais dans le recrutement c'était pas évident... Les gens avaient quand même des compléments, on a eu des lapins ».

À l'inverse, **5 pharmaciens ne rapportent pas de difficulté majeure dans la réalisation des entretiens ou le ciblage des patients**. Cette fluidité repose généralement sur une motivation personnelle forte, une bonne compréhension des enjeux du programme et une organisation interne stable. Des leviers se distinguent :

- ⇒ Des **ressources humaines suffisantes** et une **organisation interne optimisée** : présence de plusieurs pharmaciens ou préparateurs ; possibilité d'aménager un espace dédié à l'accompagnement ; répartition du temps entre activité de comptoir et suivi des patients.
 | « Fusion de deux pharmacies donc augmentation des effectifs en interne : facilite la mise en place et l'organisation » (notes d'entretien) ; « Le gros avantage c'est qu'on est plusieurs, on peut s'isoler, et les gens ont plutôt confiance en nous ».
- ⇒ Une **relation de proximité bien établie avec les patients**, facilitant leur repérage et l'instauration d'un dialogue :
 | « Patients déjà connus, grande facilité d'identification : grande facilité car zone rurale, donc connaît bien sa patientèle » (notes d'entretien).

4.4 Valorisation et reconnaissance dans l'accompagnement des patients : une rémunération jugée correcte mais secondaire

Une rémunération perçue comme juste, mais relativisée

Parmi les 4 pharmaciens ayant réalisé un ou plusieurs entretiens, 3 estiment que la rémunération proposée est globalement cohérente, bien que sa pertinence soit conditionnée à la durée réelle des échanges, souvent plus longue que prévue.

| « Ça dépend du temps qu'on passe avec le patient, mais c'était assez correct je crois » ; « C'est toujours le temps qu'on y passe, qu'on soit rémunéré 20€ ou 50€, on est consciencieux. La plupart des entretiens pharmaceutiques, on n'est pas parti pour 20 min, on est sur ¾ d'heure » ; « C'était cohérent. Après, en comparaison avec la CPTS, c'est parfois 80€. Quand on est avec le patient, on n'est pas des machines, ils vont parler d'eux aussi ».

→ Cette mise en second plan de l'aspect financier traduit une motivation centrée davantage sur la valeur professionnelle et humaine de l'accompagnement que sur une logique strictement économique.

Une reconnaissance du rôle de référent auprès des patients

Indépendamment du nombre d'inclusions, 5 pharmaciens expriment le sentiment d'avoir joué un rôle pivot dans la continuité du suivi, notamment auprès de patients parfois isolés ou en rupture de parcours médical. Ils insistent sur la portée concrète de l'accompagnement pharmaceutique en matière d'observance, mais aussi de reconnaissance et de lien de confiance :

« J'en suis convaincu : je suis persuadé que sur les 6 patients, je pense qu'on nous a fait devenir à leurs yeux des interlocuteurs de suivi post-op, et je pense qu'ils sont un peu plus observants » ; « Ça fait vraiment partie de nos missions, et ce sont des personnes qui sont un peu livrées à elles-mêmes malheureusement... Ça les fait déculpabiliser aussi, elles n'osent pas retourner chez le médecin ».

→ Ces témoignages renforcent l'idée que, au-delà de la rémunération, c'est la valeur relationnelle et le rôle de proximité qui donnent tout leur sens à l'expérimentation pour les professionnels impliqués.

4.5 Résultats et impacts perçus par les pharmaciens

Les constats suivants sont tirés du recueil qualitatif mené à partir de six entretiens individuels réalisés auprès de pharmaciens ayant accompagné des patients dans le cadre de l'expérimentation ou de façon informelle.

Un lien renforcé avec les patients grâce à l'écoute et à la disponibilité

Les 6 pharmaciens soulignent que les entretiens ont permis de renforcer la relation patient-pharmacien, grâce à un temps d'écoute élargi et à une posture d'accompagnement bienveillant. Cette approche semble appréciée par les patients, qui se sont sentis considérés et pris en charge :

« Ils étaient contents qu'on ait discuté ensemble, c'était plus sous la forme de discussion » ; « Moi derrière je passais du temps à répondre à leurs questions. Déjà, c'était un plus : ils se sentaient pris en charge ».

Un changement de regard sur le rôle du pharmacien

Au-delà du lien personnel, certains pharmaciens relèvent un changement de perception de leur métier dans l'esprit des patients, qui prennent conscience de leur implication dans des missions de santé publique :

« On n'est pas là juste pour délivrer des ordonnances, ils voient qu'on peut intervenir sur des thématiques de santé publique ».

Une présence de proximité dans un système de santé en mutation

Face aux évolutions de la médecine de ville (téléconsultations, désertification médicale), les pharmaciens apparaissent comme des acteurs stables et accessibles, identifiables par les patients, même en l'absence de médecin référent :

« Personne ne les suit, ils n'ont plus de médecin de famille, parfois ils font de la téléconsultation, c'est expédié... La médecine change. Nous, on est toujours au même endroit ».

Une remobilisation de patients non observants, parfois « perdus de vue »

4 pharmaciens rapportent avoir identifié et accompagné des patients en rupture de suivi post-chirurgie, parfois depuis plusieurs années. L'expérimentation a permis de réactiver leur prise en charge, de leur rappeler les recommandations (HAS), et parfois même de découvrir l'antécédent chirurgical au comptoir :

« J'espère que oui, ça permet quand même de repêcher des gens qui sont dans la nature sans suivi, et leur faire prendre conscience qu'il ne faut pas faire n'importe quoi » ; « Après, une personne, ça faisait 10 ans qu'elle ne prenait plus rien, on ne savait pas qu'elle avait eu une chirurgie. C'était intéressant, car elle avait

« totalement perdu de vue les reco » (identification d'un patient au comptoir, notes d'entretien) ; « Ils sont demandeurs je pense, ils sont un peu perdus aussi, quel que soit l'âge, j'ai eu tous les profils ».

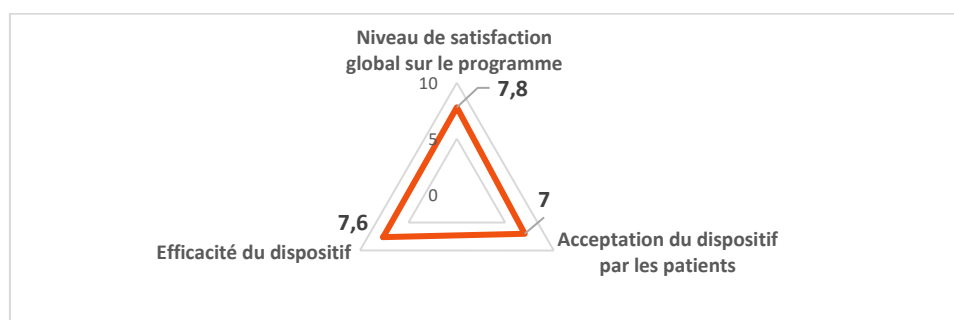
Des effets constatés à court terme uniquement

Enfin, les pharmaciens précisent que les effets observés relèvent d'un impact à court terme. Faute de recul suffisant, aucun ne se prononce sur les bénéfices à long terme de l'expérimentation.

4.6 Satisfaction et bilan des forces/faiblesses

Lors des entretiens, il a été demandé aux pharmaciens de noter sur 10, différents items d'évaluation de l'expérimentation. La figure suivante présente les résultats des notes attribuées par les 4 pharmaciens qui ont inclus des patients (en moyenne sur 10). **Ces notes témoignent de leur adhésion aux modalités de l'expérimentation et de leur satisfaction à participer.** L'interprétation reste cependant limitée compte tenu du faible nombre de réponses (N=4) et du manque de recul.

Figure 3. Satisfaction des PhO participants (notes moyennes sur 10 ; N=4)



Le bilan des forces/faiblesses spécifiques aux retours des pharmaciens présenté ci-dessous résume l'ensemble des constats établis à partir des entretiens des pharmaciens participants.

→ **Forces et leviers identifiés :**

- ⇒ Des **pharmaciens répondants plutôt motivés et enclins à participer à des expérimentations.**
- ⇒ Une **valorisation des pharmaciens** : pour leurs compétences et leur rôle d'accompagnement / de suivi des patients...
- ⇒ Un **renforcement des liens entre pharmaciens et patients accompagnés** du fait de l'expérimentation : une amélioration de la relation de confiance.

→ **Difficultés et limites identifiées :**

- ⇒ Un **ciblage difficile des patients opérés depuis longtemps** : le repérage de ces patients est complexe, notamment en l'absence de mention explicite de l'intervention dans leur dossier ou d'une demande spontanée de leur part.
- ⇒ Un **manque de ressources humaines** en officine : la pénurie de personnel, accentuée dans certaines zones et depuis la période COVID-19, rend la réalisation d'entretiens difficilement compatible avec l'activité quotidienne.
- ⇒ **Manque de temps dédié** : les entretiens nécessitent un temps long et une disponibilité qui ne sont pas toujours compatibles avec le rythme de l'officine, en particulier dans les périodes de forte affluence.
- ⇒ **Absence d'espace de confidentialité** dans certaines officines, notamment en milieu rural ou dans les petites structures, limitant la faisabilité matérielle des entretiens.

Quelques **pistes d'amélioration** du dispositif ont été identifiées à partir de l'ensemble des retours des pharmaciens. Il s'agit principalement de :

- ⇒ **Disposer de plus de temps et/ou d'espace dédié pour les entretiens** : Le manque de temps et l'absence d'espace confidentiel ont été des freins importants. Une meilleure organisation du temps ou la création d'un lieu spécifique dans l'officine faciliterait la conduite des entretiens.
- ⇒ **Mettre à disposition un support pédagogique pour les patients** : Plusieurs pharmaciens suggèrent la remise d'un document synthétique ou d'un outil numérique destiné au patient. Celui-ci pourrait résumer les points clés abordés durant l'entretien, notamment pour les patients en rupture de suivi postopératoire depuis plusieurs années : « *J'avais trouvé que c'était pas mal, mais peut-être une remise d'outils aux patients qui sont en échappement, qui n'ont plus de suivi post-op... Remettre une petite fiche avec des rappels. Si ça fait 4 ans, 5 ans, 10 ans...* » (Outils pédagogiques au format numérique ou flyer – notes d'entretien).
- ⇒ **Renforcer l'accompagnement et clarifier les consignes de ciblage** : Certains pharmaciens ont exprimé un besoin de guidage renforcé de la part de l'URPS, notamment en matière de ciblage des patients et d'initiation des entretiens : « *Il faudrait quelque chose de plus clair, une trame pour le recrutement, un outil pour m'aider à recruter et déclencher l'entretien* ».
- ⇒ **Adapter les outils aux petites structures et aux territoires sous-dotés** : Les pharmacies rurales et de petite taille demandent des outils adaptés à leur configuration, comme un listing de professionnels locaux disponibles (diététiciens, nutritionnistes, etc.), pour assurer une orientation pertinente : « *Quels outils pour les petites officines, comment peut-on faire ?* » ; « *S'organiser sur les territoires sous-dotés en nutritionnistes... Pour les pharmacies plus rurales, éviter l'erreur médicale* ».
- ⇒ **Renforcer la dimension préventive en amont de la chirurgie** : Une meilleure sensibilisation du public et des professionnels en amont de l'intervention chirurgicale permettrait de sécuriser le parcours dès les premières étapes : « *Réagir en amont, on est mauvais en France sur la prévention* ».

5 BILAN DE L'ACTIVITE ET RETOURS D'EXPERIENCE DE L'URPS

L'entretien des référentes de l'expérimentation met en évidence les éléments suivants :

Historique et genèse du projet : un besoin remonté du terrain

Le projet d'implication des pharmaciens d'officine dans le suivi postopératoire des patients opérés en chirurgie bariatrique s'inscrit dans une dynamique régionale initiée dès 2017, en partenariat avec la SRAE Nutrition des Pays de la Loire. Cette démarche s'est appuyée sur une enquête initiale menée auprès des pharmaciens afin d'identifier les pratiques existantes et les besoins en matière de nutrition. Elle a donné lieu à l'organisation de soirées thématiques et à la création puis à la diffusion d'une plaquette d'information (2017-2020).

L'expérimentation visait à répondre à une problématique identifiée par la SRAE Nutrition : les difficultés de suivi des patients après une chirurgie bariatrique. L'objectif était de repositionner les pharmaciens dans le parcours de soins, en tant qu'acteurs de proximité en capacité d'assurer un suivi régulier et personnalisé.

Déploiement du projet

Après une première série de présentations en 2017, le projet a été mis en pause en raison de la crise sanitaire. Il a ensuite été relancé en septembre-octobre 2022 avec de nouvelles soirées de présentation, suivies des premières inclusions en janvier 2023. Des vidéos de témoignages de pharmaciens ont été réalisées en juin 2023 pour dynamiser la mobilisation. En juillet 2024, peu avant la clôture des inclusions, des flyers destinés aux patients, remis par les chirurgiens pour présenter l'expérimentation, ont été diffusés par la SRAE Nutrition aux équipes de chirurgie bariatrique afin de relancer les inclusions. Les entretiens de suivi ont pris fin en mai 2025.

Activité réalisée

Sur les 40 pharmaciens initialement prévus, 25 ont effectivement participé à l'expérimentation (soit 62,5%), dont seulement 8 ont inclus des patients. Au total, **34 patients ont été inclus** (sur un objectif de 160, soit 21%), et 18 livrets ont été retournés à l'URPS pour saisie et analyse.

Freins et difficultés rencontrés

L'expérimentation a été confrontée à plusieurs freins, parmi lesquels :

- ⇒ Des **difficultés d'identification et de mobilisation des patients éligibles**, souvent éloignés du système de soins et nécessitant un accompagnement particulier difficile à mettre en œuvre au comptoir ;
- ⇒ La **complexité du protocole**, notamment les deux temporalités de suivi selon la date de l'opération, exigée par les chirurgiens, a rendu le recrutement plus difficile pour les pharmaciens ;
- ⇒ Des **contraintes organisationnelles** fortes côté pharmaciens : surcharge liée aux missions nouvelles depuis la crise sanitaire, manque de temps, ressources humaines limitées, et format papier des outils perçu comme non pertinent et chronophage ;
- ⇒ Des **décalages calendaires**, notamment l'envoi tardif des supports de communication aux chirurgiens, limitant leur rôle potentiel d'orientation vers les officines participantes.

Leviers identifiés

Plusieurs éléments ont néanmoins constitué des atouts pour le projet :

- ⇒ Le **partenariat avec la SRAE Nutrition**, qui a apporté un appui scientifique solide et permis une meilleure intégration dans la communauté chirurgicale régionale ;

- ⇒ La **proximité géographique des officines avec les centres de chirurgie bariatrique**, qui a favorisé les inclusions ;
- ⇒ Les **actions de communication ciblées**, telles que les vidéos de témoignage et les échanges entre pairs, ont été jugés utiles pour maintenir la dynamique pendant le projet.

Externalités positives

Malgré les limites de l'expérimentation, celle-ci a généré des retombées positives significatives :

- ⇒ L'URPS a été **sollicitée par la HAS** pour contribuer à la relecture du protocole national de prise en charge postopératoire et proposer l'intégration du pharmacien dans le parcours, y compris via le Bilan Partagé de Médication ;
- ⇒ Le **CHU de Toulouse** a manifesté son intérêt pour le projet, signe de sa portée au-delà de la région Pays de la Loire ;
- ⇒ Le projet a renforcé la **visibilité institutionnelle de l'URPS** sur la thématique du rôle du pharmacien dans le suivi nutritionnel.

Enseignements pour l'avenir

Le retour d'expérience de l'URPS souligne plusieurs points de vigilance pour de futurs projets :

- ⇒ Mieux anticiper la communication vers/avec les chirurgiens pour renforcer l'orientation des patients vers les officines ;
- ⇒ Envisager des formats numériques ou plus légers pour les outils de suivi afin de faciliter leur appropriation par les pharmaciens ;
- ⇒ Adapter les dispositifs aux contraintes organisationnelles actuelles des officines, en tenant compte de leur charge croissante.

Perspectives

Le projet s'achèvera comme prévu, mais ouvre la voie à d'autres formes d'implication des pharmaciens dans le champ de la nutrition. L'URPS souhaite poursuivre le partenariat avec la SRAE Nutrition sur cette thématique, et envisage une valorisation des résultats via son site internet, les réseaux sociaux et des communications dans des congrès.

6 CONCLUSION

L'expérimentation menée entre 2017 et 2025, par l'URPS Pharmaciens des Pays de la Loire, en partenariat avec la SRAE Nutrition, visait à renforcer le rôle du pharmacien dans le suivi postopératoire des patients opérés en chirurgie bariatrique. Malgré un taux de participation inférieur aux objectifs initiaux, cette démarche a permis de tester un modèle d'accompagnement pertinent, ancré dans la proximité et la continuité du parcours de soins.

Malgré la nécessité de nuancer les résultats en raison du faible nombre de patients inclus, ceux-ci mettent en évidence des effets positifs pour les patients accompagnés : une amélioration de l'observance des traitements, une meilleure compréhension des recommandations post-chirurgicales ainsi qu'un soutien accru dans la gestion du quotidien. Les entretiens ont contribué à renforcer la relation de confiance entre les patients et les pharmaciens, tout en permettant, dans certains cas, d'identifier et de réengager des personnes en rupture de suivi/de parcours. Du point de vue des professionnels, l'expérimentation a été bien accueillie, en dépit de freins structurels et conjoncturels.

Les limites identifiées, contraintes organisationnelles en officine, format papier peu adapté, difficulté à cibler les patients, doivent être considérées non comme des freins définitifs, mais comme des enseignements pour ajuster, adapter les modalités de futurs projets.

Il convient également de souligner l'impact de la crise sanitaire liée à la COVID-19, qui a entraîné une interruption prolongée du projet entre 2017 et 2022. Cette suspension a eu des conséquences non négligeables sur le rythme des inclusions, la mobilisation des professionnels et la mise en place du suivi, réduisant la portée des résultats attendus.

Cette initiative met en lumière le potentiel d'une implication accrue des pharmaciens dans les dispositifs de prévention et de suivi de pathologies chroniques. Elle souligne aussi la nécessité d'adapter les outils et les formats d'accompagnement aux réalités de terrain, et aux évolutions des pratiques, notamment par le recours au numérique, et d'anticiper les actions de communication pour favoriser une meilleure coordination entre les acteurs.

Enfin, au-delà de son périmètre initial, le projet a suscité l'intérêt d'institutions nationales (*HAS*) et d'acteurs extérieurs à la région (*étudiant en pharmacie du CHU de Toulouse réalisant une thèse sur cette thématique*), confirmant sa pertinence et son caractère innovant.

L'expérience acquise ouvre ainsi la voie à d'autres initiatives plaçant le pharmacien au cœur du parcours de soins, en appui des patients chroniques et des professionnels de santé.



7 ANNEXES

7.1 Annexe 1 : Liste des personnes interrogées

7.1.1 Pharmaciens d'officine interrogées

	Officines	Code Postal	Genre	Dates de réalisation d'entretiens
1	Pharmacie Bevillon	85140	F	25/06/2025
2	Pharmacie Brassier	44650	F	02/07/2025
3	Pharmacie Brieau	85600	F	02/07/2025
4	Pharmacie du Val de Sarthe	72210	H	03/07/2025
5	Pharmacie Houille	85190	F	03/07/2025
6	Pharmacie des champs	49370	H	07/07/2025
7	Pharmacie d'Atlantis	44800	F	07/07/2025
8	Pharmacie de Sainte Jamme	72380	F	08/07/2025
9	SELARL Pharmacie Paris	53400	F	08/07/2025
10	Pharmacie Verhaeghe	85230	F	09/07/2025

7.2 Annexe 2 : Grille d'entretien

Bilan final de l'expérimentation « Pharmaciens d'officine et chirurgie bariatrique »

Entretiens qualitatifs semi-directifs auprès des **Pharmaciens d'officine formés**
Grille d'entretien (Validée par l'URPS).

Notre société, spécialisée en santé publique, a été missionnée par l'URPS Pharmaciens Pays-de-la-Loire pour réaliser l'évaluation externe de l'expérimentation « Pharmaciens d'officine et chirurgie bariatrique » auquel vous participez. La réalisation de cette évaluation s'appuie en grande partie sur les entretiens des acteurs impliqués dans cette expérimentation.

C'est dans le cadre de cette évaluation que nous nous permettons de vous contacter. Il s'agit en fait de recueillir votre opinion du dispositif de manière qualitative afin d'améliorer le suivi à court, moyen et long terme des patients opérés en chirurgie bariatrique. Nous souhaiterions discuter de votre expérience et recueillir votre avis, niveau de satisfaction sur la formation, l'organisation, les difficultés rencontrées, les éléments à améliorer...

Nous aurions donc souhaité nous entretenir avec vous sur ce sujet (une quinzaine de minutes, maintenant ou plus tard...).

Prendre un rendez-vous si nécessaire. Date / Heure :

Numéro à contacter (si différent).

Nous vous rappelons que les réponses seront traitées de façon confidentielle, globale et anonyme ...

Concernant votre exercice	
Profil du professionnel interrogé	1. Vous êtes (pharmacien ou préparateur en pharmacie) : _____
	2. Quel est le code postal de votre officine ? /_/_/_/_/_/
	3. Votre officine est située dans une zone (rurale ; semi-urbaine ; urbaine) : _____
	4. Combien de pharmacien(s) et/ou préparateur(s) en pharmacie travaillent dans votre officine ? /_/_/ pharmacien(s) /_/_/ préparateur(s) en pharmacie
Adhésion aux modalités de l'expérimentations	
Motivation / adhésion / Pertinence	5. Quelles ont été vos motivations initiales à participer ? (Opinion sur la pertinence et rôle des pharmaciens dans l' accompagnement des patients opérés d'une chirurgie bariatrique).
Soirées de présentation et	6. Diriez-vous que les soirées de présentation organisées par l'URPS Pharmaciens PdL vous ont apporté les éléments et informations nécessaires à l' accompagnement des patients opérés d'une chirurgie bariatrique ?

informations re- çues	7. Pensez-vous que la plaquette/triptyque d'informations (support mis à disposition à l'issue des soirées de présentation et téléchargeable sur le site de l'URPS) est suffisant pour assurer les entretiens, ou auriez-vous besoin d'une formation spécifique (pour pouvoir réaliser les entretiens et le suivi des patients)?
Inclusion, réali- sation des en- tretien et du suivi	8. Combien de patients avez-vous inclus/accompagnés dans le cadre du programme ? ➤ Si vous n'avez pas suivi de patients, pourquoi ? 9. Y'a-t-il un type de public que vous avez eu du mal à convaincre de participer ? ➤ Si oui, lequel ? (un profil spécifique ? les hommes ?...) 10. Est-ce que la réalisation des entretiens avec les patients a été facile ? 11. Les outils (guide d'entretien + plaquette + affiche) proposés dans le cadre de l'expérimentation pour mener les entretiens sont-ils adaptés ?
Rémunération	12. Que pensez-vous de la rémunération (40€ + 20€) proposée pour le suivi/accompagne- ment des patients (satisfaction, montant...) ? Pourquoi ?
Concernant les résultats et impacts perçus (questions à poser aux PhO qui ont inclus et suivi des patients)	
Résultats et im- pacts observés	13. Selon votre pratique, estimez-vous que l'accompagnement proposé soit efficace (est une réussite) ? Sur quels aspects principalement ? 14. Diriez-vous que l'expérimentation a permis de renforcer vos liens avec les autres profes- sionnels de proximité des patients concernés (médecins généralistes, IDEL...) ? Si les programmes ne sont pas finis, demander les tendances observées.
Forces / faibles et axes d'amélioration de l'expérimentation	
Forces / réus- sites Difficultés et le- viers	15. Retour d'expérience / leçons tirées : ▪ Difficultés rencontrées dans le déploiement et la mise en œuvre du suivi et des en- tretien / Adaptations nécessaires / Éléments à faire évoluer ? ▪ Leviers favorisant le déploiement et le fonctionnement de l'expérimentation en routine
Effets indirects	16. Effets indirects non prévus observés
Satisfaction et Pistes d'amélio- ration	17. Que pensez-vous de l' accompagnement que vous avez reçu par l'URPS Pharmaciens PdL dans le cadre de l'expérimentation ? 18. Selon vous, quels sont les éléments à revoir pour améliorer l'expérimentation ? 19. Dans le futur, seriez-vous prêt(e) à engager/poursuivre cet accompagnement des per- sonnes opérées d'une chirurgie bariatrique ? (Date de fin du programme : fin inclusion août 2024 (rapport final avril 2025))
Note sur 10	20. Quelle note donneriez-vous à : (« 0 pas du tout satisfait => 10 très satisfait ») - Votre niveau de satisfaction globale sur l'expérimentation : ____/10 - Acceptation de l'expérimentation par les patients : ____/10 - Acceptation de l'expérimentation par les autres professionnels de ville : ____/10 - Efficacité globale de l'expérimentation sur le suivi à court, moyen et long terme des pa- tients opérés en chirurgie bariatrique : ____/10 - Volonté de pérennisation de l'expérimentation : ____/10
	21. Cet entretien touche à sa fin, avez-vous une remarque supplémentaire ?