



SNCVD

**SYNDICAT NATIONAL
DES CHIRURGIENS VISCÉRAUX ET DIGESTIFS**

INCOHÉRENCES ET DÉRIVES DES DAP DÉMATÉRIALISÉES EN CHIRURGIE BARIATRIQUE

Dr Antoine Soprani
Président du SNCVD
Coordinateur de la commission
des plateaux techniques lourds en IDF



Analyse du téléservice

CONDITIONS DE LA CRÉATION DU SYSTÈME

Voici les étapes ayant conduit à la mise en place d'un « Avis algorithmique » pour valider une indication chirurgicale pour des patients :

Problèmes :

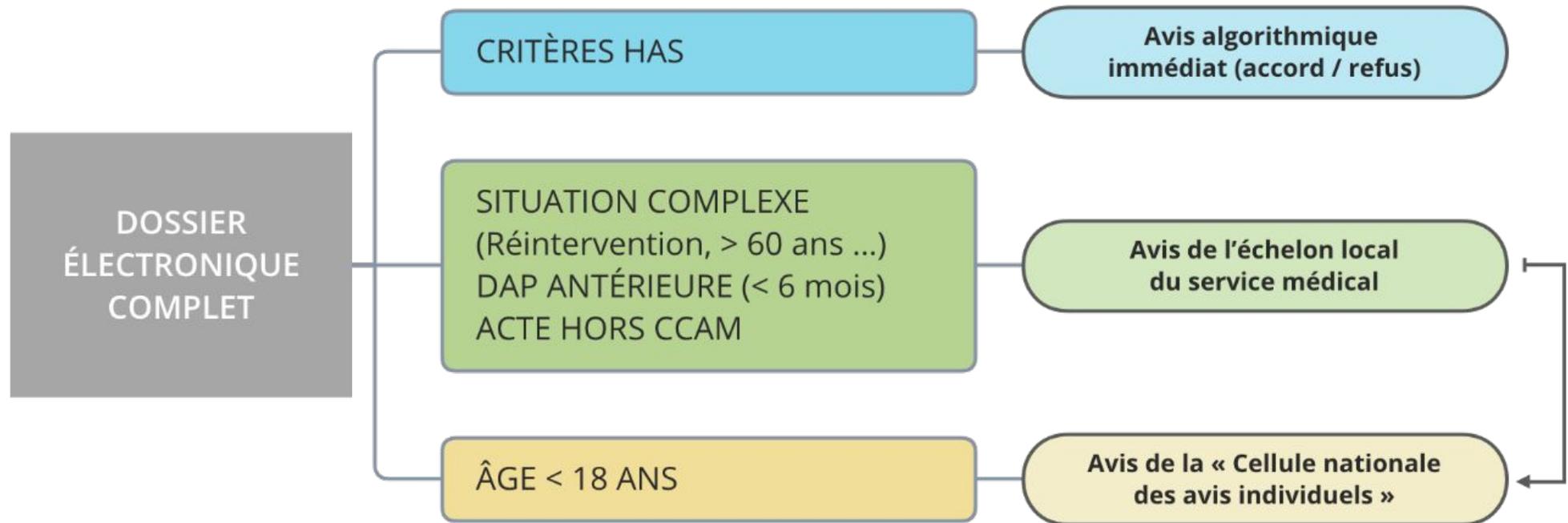
- Mauvais contrôle de l'activité par l'ancien système.
- Climat de suspicion concernant l'activité des chirurgiens du privé.
- Manque de visibilité sur l'activité de chirurgie bariatrique en France.
(registre SOFFCO non exhaustif, activité PMSI imprécise, grille CCAM imparfaite).

Solutions :

- DAP dématérialisée sur AMELI Pro implémentée par les chirurgiens.
- Mais impossibilité de contrôler tous les dossiers.
- Création d'un « Algorithme ».
- Formation des médecins conseils pour les cas complexes qui donnent un avis dans les 15 jours.

Analyse du téléservice

TRAITEMENT ALGORITHMIQUE



Analyse du téléservice

FORMULAIRE EN LIGNE

Informations à renseigner par le chirurgien :

- Concernant le patient : taille, poids, indice de masse corporelle au moment de la demande, Indice de masse corporel (IMC) maximal documenté, comorbidités susceptibles d'être améliorées par la chirurgie, et antécédents rendant la prise en charge chirurgicale particulièrement complexe.
- Concernant l'intervention chirurgicale : primo-intervention ou non (patient ayant déjà été opéré pour obésité), motifs de la ré-intervention, geste chirurgical prévu.

Documents à télécharger :

- Consentement du patient.
- Compte rendu de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

Pièces justificatives supplémentaires (1 à 3 - type courrier) pour les situations conduisant à un transfert vers le service médical.

Attestation à fournir affirmant que chaque membre de la RCP a fourni un document signé attestant de son accord à la prise en charge du patient.

Analyse du téléservice

AVIS ALGORITHMIQUE (ARBRE DÉCISIONNEL) BASÉ SUR LES RECOMMANDATIONS DE LA HAS

AVIS ALGORITHMIQUES FAVORABLES IMMÉDIATS (l'ensemble des conditions suivantes)

- Acte pris en charge CCAM.
- Prise en charge pluridisciplinaire avec avis RCP favorable.
- $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ou $35 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 40 \text{ kg/m}^2$ avec au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée avec la chirurgie.
- Age du patient compris entre 18 et 60 ans.
- Primo intervention.
- Traitement de 2ème intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien suivi pendant 6 à 12 mois.
- Pas de DAP dans les 6 derniers mois.
- Cas non complexe.

AVIS ALGORITHMIQUES DÉFAVORABLES IMMÉDIATS (au moins une des conditions suivantes)

- Avis RCP défavorable.
- $IMC < 35 \text{ kg/m}^2$, si primo-intervention.
- $35 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 40 \text{ kg/m}^2$ sans comorbidité susceptible d'être améliorée avec la chirurgie, si primo-intervention
- Absence de traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien suivi pendant 6-12 mois.
- Dans le cas d'une demande de court-circuit biliopancréatique (HFFC004, HFFA001, HGCC027 et HGCA009) : s'il s'agit d'une primo-intervention avec $IMC < 50 \text{ kg/m}^2$.
- Actes non pris en charge CCAM (hors by-pass en OMEGA, hors PHRC).
- Acte d'ablation/repositionnement/changement d'anneau.

Analyse du téléservice

AVIS DU SERVICE MÉDICAL

Le service médical donne une réponse dans les 15 jours qui suivent la réception du dossier complet, dans les situations qui ne sont pas prise en compte par l'algorithme :

- Mineurs (« Cellule nationale des avis individuels ») ou ≥ 61 ans.
- Réinterventions.
- Cas complexes (situations chirurgicalement ou médicalement complexes).*
- Acte non pris en charge (CCAM) : by-pass en OMEGA, autre acte si patient inclus dans un PHRC (programme hospitalier de recherche clinique).**
- DAP dans les 6 derniers mois.

* Cas complexes : IMC massif supérieur à 60 kg/m², chirurgie complexe (conversions fundoplicature, la hernie hiatale large associée, éventration majeure sous-jacente, antécédent de chirurgie digestive multiple, autre intervention considérée complexe par le chirurgien), présence de certaines comorbidités (syndrome génétique, antécédent de greffe d'organe, insuffisance rénale dialysée, antécédent de cancer de moins de 5 ans, troubles du comportement alimentaire, troubles addictifs mal contrôlé, troubles psychotiques, maladie inflammatoire nécessitant un traitement au long cours, toute autre situation médicale considérée complexe par le chirurgien.

**Code du by-pass en OMEGA avec extension documentaire : HFCC003.02; HFCA001.02

Incohérences du système

EXEMPLE 1

Dossier du patient :
Primo intervention
IMC 46 - HTA : BYPASS

Réponse Algorithme :
Défavorable

PATIENT(E)

Prénom et nom :				
Numéro de Sécu. :	Taille :	154 cm	IMC :	46.38
Date de naissance :	Poids :	110 kg	IMC-Max :	46.38

ACCORD PRÉALABLE

Le patient et le ou les titulaires de l'autorité parentale le cas échéant, a accepté que je transmette ses données à l'Assurance Maladie dans le cadre de sa prise en charge.

J'ai accepté les conditions de transmission et j'ai pris connaissance des textes applicables.

Acte à accomplir : HFCC003.01 - Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en Y, pour obésité morbide, par coelioscopie

Est-ce une primo intervention ? **Oui**

Pour ce patient, la chirurgie bariatrique est un traitement en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois, réalisée en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids. **Oui**

Le patient présente une ou plusieurs comorbidités pouvant être améliorées par la chirurgie : **Oui**

Précision :

- Maladies cardio-vasculaires dont HTA
- Gonarthrose du genou

Le patient présente un cas complexe : **Non**

AVIS DU SERVICE MÉDICAL

AVIS DÉFAVORABLE DU SERVICE MÉDICAL. CETTE DÉCISION MOTIVÉE SERA NOTIFIÉE AU BÉNÉFICIAIRE PAR SON ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE

Date de la décision : 12/07/2021

Motif : Refus médical

Incohérences du système

EXEMPLE 2

Dossier du patient :
Primo intervention
IMC 39 - HTA - SAS
SPA : SLEEVE

Réponse Algorithme :
Défavorable

PATIENT(E)

Prénom et nom :	Taille :	164 cm	IMC :	39.04
Numéro de Sécu. :	Poids :	105 kg	IMC-Max :	44.6
Date de naissance :				

ACCORD PRÉALABLE

Le patient et le ou les titulaires de l'autorité parentale le cas échéant, a accepté que je transmette ses données à l'Assurance Maladie dans le cadre de sa prise en charge.

J'ai accepté les conditions de transmission et j'ai pris connaissance des textes applicables.

Acte à accomplir : **HFFC018 - Gastrectomie longitudinale [Sleeve gastrectomy] pour obésité morbide, par cœlioscopie**

Est-ce une primo intervention ? **Oui**

Pour ce patient, la chirurgie bariatrique est un traitement en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois, réalisée en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids. **Oui**

Le patient présente une ou plusieurs comorbidités pouvant être améliorées par la chirurgie : **Oui**

Précision :

- Maladies cardio-vasculaires dont HTA
- Syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil et autres troubles respiratoires sévères
- Spondylarthrite ankylosante

Le patient présente un cas complexe : **Non**

AVIS DU SERVICE MÉDICAL

AVIS DÉFAVORABLE DU SERVICE MÉDICAL. CETTE DÉCISION MOTIVÉE SERA NOTIFIÉE AU BÉNÉFICIAIRE PAR SON ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE

Date de la décision : 15/07/2021

Motif : Refus médical

Incohérences du système

EXEMPLE 3

Dossier du patient :
IMC 54 - atcdt
AGA : Bypass

Réponse Algorithme :
Refus le 12/05/2021
Accord le 04/06/2021

PATIENT(E)

Prénom et nom :		Taille :	149 cm	IMC :	54.05
Numéro de Sécu. :		Poids :	120 kg	IMC-Max :	56
Date de naissance :					

ACCORD PRÉALABLE

Le patient et le ou les titulaires de l'autorité parentale le cas échéant, a accepté que je transmette ses données à l'Assurance Maladie dans le cadre de sa prise en charge.

J'ai accepté les conditions de transmission et j'ai pris connaissance des textes applicables.

Acte à accomplir : HFCC003.01 - Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en Y, pour obésité morbide, par coelioscopie

Est-ce une primo intervention ? **Non**

Raison : **Echec d'une intervention antérieure (perte de poids insuffisante, reprise de poids) - Echec anneau gastrique ajustable**

Pour ce patient, la chirurgie bariatrique est un traitement en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois, réalisée en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids. **Oui**

Le patient présente une ou plusieurs comorbidités pouvant être améliorées par la chirurgie : **Non**

Le patient présente un cas complexe : **Non**

AVIS DU SERVICE MÉDICAL

DÉCISION FAVORABLE DE PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE, SOUS RÉSERVE DE CONTRÔLES ULTÉRIEURS.

Date de la décision : 04/06/2021

Motif :

Incohérences du système

DÉTRESSE DES PATIENTS

Bonjour Dr [REDACTED]
À ce jour je suis suivie à la [REDACTED] depuis le 29 septembre 2020 où j'ai effectué les suivis suivants:

- 3 hospitalisations avec examens cardiaques, du sommeil, respiratoires. Aucune contre indication par rapport à l'ensemble de mes résultats médicaux.
- Ateliers de sophrologie et sensibilisation à l'obésité
- prise de sang qui a conduit à un traitement en fer d'une durée de 6 mois. À ce jour plus de carence.
- Suivis diététique et psychologique depuis le 29/09/2020

J'ai effectué tous les examens nécessaires pour une opération bariatrique, sachant que j'ai un antécédent d'anneau gastrique fait en 2013 à la clinique [REDACTED] et non effectif depuis fin 2016/ début 2017.

Après de longues années à combattre mon obésité, aujourd'hui j'ai eu le service médical du département du 91 qui refuse de prendre en charge mon opération pour motifs suivants : IMC 39,89, pas de comorbidité. Pour le médecin du conseil mon obésité n'est dû qu'à une mauvaise gestion diététique qui ne justifie pas une opération.

(IMC 39.89, échec anneau, parcours complet.)

Bonjour docteur,
Merci pour vos éléments. Toutefois, je vous avoue être un peu las de perdre du temps et de l'énergie en démarches administratives auprès de l'assurance maladie qui refuse à peu près toutes les demandes que je lui adresse ! Je pensais pourtant qu'avec un IMC>35, un avis favorable de la commission multidisciplinaire, une coronaropathie à l'origine de lourds antécédents cardiovasculaires et, cerise sur le gâteau, un SAOS récemment diagnostiqué, je remplissais parfaitement les conditions pour une prise en charge !
Bref, pour arrêter de perdre du temps, j'envisage de financer la totalité de l'opération. Pour me permettre d'étudier cette option qui permettrait de maintenir la date prévue pour l'opération, pouvez-vous me faire parvenir un devis complet ?

(IMC > 35, échec sleeve, SAS appareillé, HTA, stent, parcours complet, RCP Favorable)

Bonjour docteur,
Un conseiller de l'assurance maladie vient de me rappeler pour m'indiquer que le médecin conseil n'évoque aucun motif particulier pour refuser la prise en charge. Il se contente de mentionner qu'il estime que les conditions pour une prise en charge ne sont pas réunies.....
Je ne sais pas trop quoi penser de cette réponse et le conseiller semble inviter le médecin spécialiste à reprendre contact avec l'assurance maladie pour insister davantage sur la nécessité d'effectuer une intervention (pour laquelle tant mon cardiologue que mon hématologue se prononcent très favorablement)
Je reste à votre disposition pour vous fournir toutes les informations qui vous seraient utiles.

Incohérences du système

ZONES D'OMBRE

Dans un courrier de refus pour défaut de signature (IMC 40, SAS sévère appareillé, parcours complet, accord RCP), un praticien conseil nous explique les raisons de sa décision.

L'algorithme est-il en fait assisté par des personnes réelles ?

Une patiente (IMC 36, échec anneau, dossier complet), arrive à joindre un interlocuteur qui justifie le refus pour raison médical par le fait qu'un suivi psychologique de 6 mois est insuffisant.

Quelle durée de suivi psychologique est donc nécessaire ?

Lors de courrier de désignation d'experts en vue d'une expertise médicale, il apparaît que les praticiens proposés ne pratiquent pas la chirurgie bariatrique.

Peut-on dans ce cas les considérer comme experts pour des dossiers de chirurgie bariatrique ?

Où en est la proposition d'une liste de nouveaux experts proposée par la SOFFCO ?

Étude auprès des praticiens

OBJECTIFS ET CONDITIONS

Cette étude avait pour but d'explorer en profondeur la vision des chirurgiens bariatriques sur :
Le parcours de soin - Le suivi des patients - Les optimisations à apporter

Un échantillon de 15 chirurgiens a été sélectionné pour rendre compte de la plupart des points de vue, en incluant l'ensemble des profils de chirurgien bariatrique selon leur :
Secteur d'activité (privé ou public), nombre d'interventions par an, type d'interventions réalisées, région.

- Ces entretiens de 60 à 80 mn ont été réalisés entre juillet et août 2018 par des enquêteurs spécialisés dans les études auprès des professionnels de santé.
- Les médecins ont été recrutés à partir de listings CNAM.
- Le traitement des données a été effectué de manière anonyme et globale.

Étude auprès des praticiens

RESULTATS ET SUGGESTIONS

Retours d'expérience sur les points à améliorer :

CONSERVER	FAIRE ÉVOLUER	MODIFIER
Critères d'âge minimum (18 ans)	Critères d'âge maximum (60 ans)	Mini bypass, non reconnu par la HAS, mais pratiqué (surtout secteur privé)
Délai de 6 mois entre première consultation et chirurgie (service public)	Délai de 6 mois entre première consultation et chirurgie (secteur privé)	Implication du médecin traitant, avant et après la chirurgie
IMC > 40 pour les patients sans comorbidités	IMC > 35 pour les patients avec comorbidité -> notion à préciser	Suivi du patient en post opératoire (trop de « perdus de vue »)
Prise en charge pré opératoire par une équipe pluridisciplinaire et décision prise en RCP (service public)	Prise en charge pré opératoire par une équipe pluridisciplinaire. Variation de la composition de l'équipe de la RCP et de son organisation (secteur privé)	

Nos recommandations

AGIR SUR LES POINTS CLÉS

L'analyse du fonctionnement des DAP dématérialisées a révélé de nombreuses incohérences. Ce sont autant de questions sur lesquels le SNCVD va se pencher à l'avenir pour faciliter le travail des chirurgiens bariatriques dans l'intérêt des praticiens comme des patients :

- **Comment fonctionne exactement l'algorithme ?**
- **Quels sont les critères de préparation en cas de primo-intervention, de chirurgie de révision ou de cas complexes ?**
- **Quelles sont exactement les pièces justificatives à fournir en cas de chirurgie de révision ou de situation complexe ?**
- **Pourquoi ces avis médicaux, ces demandes de justificatif ou ces refus en cas de DAP pour une primo-intervention en situation non complexe ?**
- **Qu'en est-il des reprises pour complications chroniques ? (la SOFFCO doit se positionner)**
- **Les experts sont-ils tous compétents pour statuer ?**
- **Doit-on envisager de porter plainte au conseil de l'ordre pour obstructions aux soins ?**

Nos recommandations

PRENDRE DE FRONT LES DÉFIS

La chirurgie bariatrique est la spécialité la plus contrôlée en France.

La mise en place des DAP dématérialisées était censée apporter plus de transparence en demandant aux chirurgiens bariatriques d'incrémenter un certain nombre de données et d'y associer la fiche RCP.

Depuis, de trop nombreuses dérives du service médical de la sécurité sociale ont été signalées. Malheureusement, l'attitude de certains médecins conseils peut s'apparenter à un « rationnement des soins » voire même une « obstruction aux soins ».

Le SNCVD demande à la SOFFCO-MM de s'exprimer rapidement sur ce sujet en tant que société savante représentant tous les chirurgiens bariatriques.



SNCVD
Agir, ensemble !