**Questionnaire à l’attention des centres bariatriques suisses**

1. **Nom et adresse complète de l’établissement (1 questionnaire par établissement)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **e-mail** |

**Nom et adresse du responsable du programme (personne de contact)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **e-mail** |

**Nom et adresse du responsable administratif de l’Hôpital**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **e-mail** |

1. **Informations concernant les membres de l’équipe multidisciplinaire bariatrique (noms et adresses, expérience bariatrique**
2. Chirurgien responsable :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Expérience bariatrique depuis (années) ……………

Nombre total d’interventions effectuées ……………

Types d’interventions effectuées

 VBG Oui / Non

 Cerclage gastrique Oui / Non

 Bypass gastrique Oui / Non

 Sleeve gastrectomy Oui / Non

 BPD / BPD-DS Oui / Non

 Réopérations Oui / Non

Membre SMOB ? Oui / Non

Formation bariatrique: Pendant formation générale Oui / Non

 Cours / Workshop Oui / Non

 Self Oui / Non

 Congrès IFSO / ASMBS Oui / Non

 Stage dans service spécialisé Oui / Non

1. Chirurgien indépendant No 2 :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Expérience bariatrique depuis (année) ……………

Nombre total d’interventions effectuées ……………

Types d’interventions effectuées VBG Oui / Non

 Cerclage gastrique Oui / Non

 Bypass gastrique Oui / Non

 Sleeve gastrectomy Oui / Non

 BPD / BPD-DS Oui / Non

 Réopérations Oui / Non

Membre SMOB ? Oui / Non

Formation bariatrique: Pendant formation générale Oui / Non

 Cours / Workshop Oui / Non

 Self Oui / Non

 Congrès IFSO / ASMBS Oui / Non

 Stage dans service spécialisé Oui / Non

1. Chirurgien indépendant No 3 :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Expérience bariatrique depuis (année) ……………

Nombre total d’interventions effectuées ……………

Types d’interventions effectuées VBG Oui / Non

 Cerclage gastrique Oui / Non

 Bypass gastrique Oui / Non

 Sleeve gastrectomy Oui / Non

 BPD / BPD-DS Oui / Non

 Réopérations Oui / Non

Membre SMOB ? Oui / Non

Formation bariatrique: Pendant formation générale Oui / Non

 Cours / Workshop Oui / Non

 Self Oui / Non

 Congrès IFSO / ASMBS Oui / Non

 Stage dans service spécialisé Oui / Non

1. Chirurgien indépendant No 4 :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Expérience bariatrique depuis (année) ……………

Nombre total d’interventions effectuées ……………

Types d’interventions effectuées VBG Oui / Non

 Cerclage gastrique Oui / Non

 Bypass gastrique Oui / Non

 Sleeve gastrectomy Oui / Non

 BPD / BPD-DS Oui / Non

 Réopérations Oui / Non

Membre SMOB ? Oui / Non

Formation bariatrique: Pendant formation générale Oui / Non

 Cours / Workshop Oui / Non

 Self Oui / Non

 Congrès IFSO / ASMBS Oui / Non

 Stage dans service spécialisé Oui / Non

1. Interniste/endocrinologue responsable :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Expérience bariatrique depuis (année) ………………

Membre SMOB Oui / Non

1. Interniste/endocrinologue No 2 :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Expérience bariatrique depuis (année) ……………

Membre SMOB ? Oui / Non

1. Interniste/endocrinologue No 3 :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Expérience bariatrique depuis (année) ………………..

Membre SMOB ? Oui / Non

1. Psychiatre responsable :

|  |
| --- |
|   |
|  |
|  |
| e-mail : |

Expérience bariatrique depuis (année) ………………..

Membre SMOB ? Oui / Non

1. Psychiatre/psychologue No 2 :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Expérience bariatrique depuis (année) ………………..

Membre SMOB ? Oui / Non

1. Psychiatre/psychologue No 3 :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Expérience bariatrique depuis (année) ……………….

Membre SMOB ? Oui / Non

1. Diététicien/ne No 1

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

1. Diététicien/ne No 2

|  |
| --- |
|   |
|  |
|  |
| e-mail : |

1. Diététicien/ne No 3

|  |
| --- |
|   |
|  |
|  |
| e-mail : |

1. Diététicien/ne No 4

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

1. **Informations concernant l’évaluation pré-opératoire des patients**
2. Evaluation pré-opératoire

Décrivez dans les tableau ci-dessous le protocole d’évaluation pré-opératoire des malades qui est en vigueur dans votre établissement. Précisez ce qui est obligatoire (et par conséquent concerne chaque malade) et ce qui est facultatif/optionnel (voir directives SMOB 7.3.1). Dans les cas où un test est facultatif/optionnel, indiquez les indications qui vous poussent à le demander.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Evaluations**  | **Oui** | **Non** | **Optionnel** |
| Investigations de routine comme pour toute autre intervention abdominal majeure (anamnèse, examen clinique, laboratoire, et autres tests indiqués (radiographies, ECG, …) |  |  |  |
| Investigations de l’état de santé et de l’état nutritionnel actuels détaillés (co-morbidités) |  |  |  |
| Consultation diététique : habitudes alimentaires, type d’alimentation, informations quant aux changements des habitudes alimentaires nécessaires après l’intervention |  |  |  |
| Consilium psychiatrique |  |  |  |
| Investigations gastro-entérologiques : Oeso-gastro-duodénoscopie, y compris rechercher d’Hélicobacter pylori |  |  |  |
| Optimisation du traitement des affections associées et de l’état nutritionnel |  |  |  |
| Autres : |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Investigations facultatives** **(selon directives SMOB)** | **Indication** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Chaque cas est discuté dans le cadre du groupe multidisciplinaire Oui / Non

Seuls les cas particuliers sont discutés Oui / Non

Aucun cas n’est discuté dans le cadre de l’équipe Oui / Non

1. Préparation à l’intervention

En-dehors de l’évaluation médicale en vue d’une éventuelle intervention bariatrique, offrez-vous aux malades une préparation particulière à l’intervention ?

 Oui / Non

Si oui, en quoi consiste cette préparation ?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Des documents écrits explicatifs sont-ils systématiquement remis aux malades dans le cadre de cette préparation ?

 Oui / Non

D’une manière générale, offrez-vous une prise en charge pré-opératoire pour les malades qui présentent des troubles du comportement alimentaire susceptibles d’influencer de manière négative les résultats de l’opération ? (si oui, merci de joindre au questionnaire un exemplaire de chaque document transmis aux malades)

 Oui / Non

Si oui, de quels types ?

 Pharmacothérapie Oui / Non

 Thérapie comportementale Oui / Non

 Thérapie de groupe Oui / Non

Faites-vous signer au patient un consentement écrit pour l’intervention ?

 Oui / Non

Faites-vous signer au patient un engagement écrit en ce qui concerne le suivi post-opératoire ?

 Oui / Non

1. **Activités chirurgicales**
2. Quels types d’interventions primaires offrez-vous aux malades dans votre établissement ?

Gastroplastie verticale Oui / Non

Cerclage gastrique Oui / Non

Sleeve gastrectomy Oui / Non

Bypass gastrique proximal Oui / Non

Bypass gastrique distal Oui / Non

BPD selon Scopinaro Oui / Non

BPD-DS Oui / Non

Interventions en deux temps Oui / Non

Réinterventions majeures Oui / Non

1. En première intention, quelle intervention représente le plus souvent le premier choix dans votre pratique ?

|  |
| --- |
|  |

1. Avez-vous un algorithme pour décider du type d’intervention à proposer au patient ?

 Oui / Non

1. **Suivi post-opératoire**
2. Comment les différents membres de votre équipe multidisciplinaire, participent-ils au suivi des malades ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Intervenant | Participe | Systématiquement | A la demande |
|  | Oui / Non | Oui / Non | Oui / Non |
| Le chirurgien  |  |  |  |
| L’interniste |  |  |  |
| La diététicienne |  |  |  |
| Le psychiatre |  |  |  |
| Le plasticien |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. A quelle fréquence voyez-vous les malades pendant le suivi post-opératoire ?

|  |  |
| --- | --- |
| Période | Fréquence et type de suivi |
| 1er semestre |  |
| 2ème semestre |  |
| 2ème année |  |
| 3ème année |  |
| 4ème année |  |
| 5ème année |  |
| Après la 5ème année |  |

Y a-t-il une limite de temps au-delà de laquelle vous interrompez le suivi systématique des malades pour le déléguer au médecin-traitant ?

 Oui / Non

1. Quelle est votre attitude envers les malades qui ne se présentent pas aux consultations prévues pour le suivi

Vous n’intervenez pas et attendez Oui / Non

Vous les contactez pour leur faire remarquer leur oubli

et leur proposer un autre rendez-vous Oui / Non

Vous insistez s’ils ne viennent pas malgré un (des) rappel(s) Oui / Non

1. Offre aux patients pendant la préparation ou le suivi

Offrez-vous aux malades avant ou après l’intervention un programme d’activité physique / physiothérapie ?

 Oui / Non

Offrez-vous aux malades opérés la possibilité de participer à des rencontres dans le cadre de groupes de soutien ?

 Oui / Non

1. **Offre hospitalière**
2. Equipement en général de l’hôpital

Votre établissement est-il équipé de :

Service de soins intensifs ? Oui / Non

Service de soins intensifs reconnu par la SSMIntensive Oui / Non

Service de soins continus ? Oui / Non

D’un service de radiologie fonctionnel 24h/24 Oui / Non

 Avec CT-scan 24h/24 Oui / Non

D’un service de garde / d’urgences 24h/24 ? Oui / Non

1. Aspects généraux de la prise en charge de l’obésité

Structure de prise en charge conservative de l’obésité Oui / Non

Si oui, s’agit-il de :

 Thérapie individuelles Oui / Non

 Thérapies en groupe Oui / Non

 Thérapie médicamenteuses Oui / Non

 Physiothérapie

1. **Expérience globale de votre établissement**

Au cours des cinq dernières années, décrivez combien d’interventions de chaque type ont été réalisées dans votre établissement, tous chirurgiens confondus (veuillez vous référer aux directives SMOB pour la définition précise des interventions) :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type d’intervention** | **20..** | **20..** | **20..** | **20..** | **20..** | **20..** |
| Cerclage gastrique |  |  |  |  |  |  |
| Gastroplastie verticale |  |  |  |  |  |  |
| Sleeve gastrectomy |  |  |  |  |  |  |
| Bypass gastrectomy gastrique standard (proximal) |  |  |  |  |  |  |
| Bypass gastrique distal |  |  |  |  |  |  |
| Dérivation bilio-pancréatique selon Scopinaro |  |  |  |  |  |  |
| Dérivation bilio-pancréatique de type BPD/DS |  |  |  |  |  |  |
| Dont nombre de malades traités avec une stratégie en deux temps (même si le deuxième temps n’a pas été effectué) |  |  |  |  |  |  |
| Réopérations bariatriques majeures (conversion d’une technique vers une autre) |  |  |  |  |  |  |

**Merci encore de donner les détails pour chaque chirurgien**

Chirurgien responsable du centre: Dr …………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type d’intervention** | **20..** | **20..** | **20..** | **20..** | **20..** | **20..** | **Total** |
| Gastric Banding |  |  |  |  |  |  |  |
| Gastroplastie verticale |  |  |  |  |  |  |  |
| Sleeve Gastrectomy |  |  |  |  |  |  |  |
| Bypass gastrique proximal |  |  |  |  |  |  |  |
| Bypass gastrique distal |  |  |  |  |  |  |  |
| BPD selon Scopinaro |  |  |  |  |  |  |  |
| BPD-DS |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre de patients pris en charge en deux temps (même si le deuxième temps n’a pas encore été réalisé |  |  |  |  |  |  |  |
| Grandes réopérations bariatriques (changement de procédé) |  |  |  |  |  |  |  |

Chirurgien No 2: Dr …………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type d’intervention** | **20..** | **20..** | **20..** | **20..** | **20..** | **20..** | **Total** |
| Gastric Banding |  |  |  |  |  |  |  |
| Gastroplastie verticale |  |  |  |  |  |  |  |
| Sleeve Gastrectomy |  |  |  |  |  |  |  |
| Bypass gastrique proximal |  |  |  |  |  |  |  |
| Bypass gastrique distal |  |  |  |  |  |  |  |
| BPD selon Scopinaro |  |  |  |  |  |  |  |
| BPD-DS |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre de patients pris en charge en deux temps (même si le deuxième temps n’a pas encore été réalisé |  |  |  |  |  |  |  |
| Grandes réopérations bariatriques (changement de procédé) |  |  |  |  |  |  |  |

Chirurgien No 3: Dr …………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type d’intervention** | **20..** | **20..** | **20..** | **20..** | **20..** | **20..** | **Total** |
| Gastric Banding |  |  |  |  |  |  |  |
| Gastroplastie verticale |  |  |  |  |  |  |  |
| Sleeve Gastrectomy |  |  |  |  |  |  |  |
| Bypass gastrique proximal |  |  |  |  |  |  |  |
| Bypass gastrique distal |  |  |  |  |  |  |  |
| BPD selon Scopinaro |  |  |  |  |  |  |  |
| BPD-DS |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre de patients pris en charge en deux temps (même si le deuxième temps n’a pas encore été réalisé |  |  |  |  |  |  |  |
| Grandes réopérations bariatriques (changement de procédé) |  |  |  |  |  |  |  |

Chirurgien No 4: Dr …………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type d’intervention** | **20..** | **20..** | **20..** | **20..** | **20..** | **20..** | **Total** |
| Gastric Banding |  |  |  |  |  |  |  |
| Gastroplastie verticale |  |  |  |  |  |  |  |
| Sleeve Gastrectomy |  |  |  |  |  |  |  |
| Bypass gastrique proximal |  |  |  |  |  |  |  |
| Bypass gastrique distal |  |  |  |  |  |  |  |
| BPD selon Scopinaro |  |  |  |  |  |  |  |
| BPD-DS |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre de patients pris en charge en deux temps (même si le deuxième temps n’a pas encore été réalisé |  |  |  |  |  |  |  |
| Grandes réopérations bariatriques (changement de procédé) |  |  |  |  |  |  |  |

Si vous n’avez pas encore d’expérience bariatrique dans votre établissement (début d’activité), quel volume d’activité envisagez-vous pour la première année ?

 ………. cas / année

1. **Engagement à enregistrer les données dans le registre suisse via AQC**

Dans le cadre du programme de contrôle de qualité, nous nous engageons à introduire toutes les données requises pour chacun des malades opérés dans notre établissement par le système AQC et à les rendre accessible pour contrôle à la SMOB.

 Oui / Non

Lieu et date :

Le chirurgien responsable L’interniste responsable Le responsable administratif

(timbre et signature) (timbre et signature) (timbre et signature)