



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 |

2. Informations concernant les membres de l'équipe multidisciplinaire bariatrique (noms et adresses, expérience bariatrique)

A. 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

B. 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 |

C. 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 |

D. 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 |

E. Interniste/endocrinologue responsable :

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

Expérience bariatrique depuis (année)

.....

Membre SMOB

Oui / Non

F. Interniste/endocrinologue No 2 :

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

Expérience bariatrique depuis (année)

.....

Membre SMOB ?

Oui / Non

G. Interniste/endocrinologue No 3 :

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

Expérience bariatrique depuis (année)

.....

Membre SMOB ?

Oui / Non

H. Psychiatre responsable :

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

Expérience bariatrique depuis (année)

Membre SMOB ? Oui / Non

I. Psychiatre/psychologue No 2 :

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

Expérience bariatrique depuis (année)

Membre SMOB ? Oui / Non

J. Psychiatre/psychologue No 3 :

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

Expérience bariatrique depuis (année)

Membre SMOB ? Oui / Non

K. Diététicien/ne No 1

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

L. Diététicien/ne No 2

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

M. Diététicien/ne No 3

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

N. Diététicien/ne No 4

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

3. Informations concernant l'évaluation pré-opératoire des patients

A. 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

B. 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

4. Activités chirurgicales

C. 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 |

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

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

Oui / Non

5. Suivi post-opératoire

A. 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 | | | |
| | | | |

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

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

C. 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

D. 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

6. Offre hospitalière

A. 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 |

B. 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 | |

7. 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

8. 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
(timbre et signature)

L'interniste responsable
(timbre et signature)

Le responsable administratif
(timbre et signature)