La chirurgie bariatrique chez les militaires d'active en 2008.

Ph. Marsan[a], G. Desjeux[a], C. Balaire[b], V. Thevenin-Garron[a].

a Caisse nationale militaire de sécurité sociale, Département services médicaux, 247 avenue Jacques Cartier – 83090 Toulon Cedex 09.
b DAISSA Ilot du Val-de-Grâce, 74 boulevard de Port Royal – 75230 Paris Cedex 05.

Article reçu le 2 avril 2010, accepté le 15 septembre 2010.

Résumé

La Haute autorité de santé a récemment édité des recommandations sur la chirurgie bariatrique qui sont une étape vers la prise en charge multidisciplinaire de l'obésité morbide. Le but de notre travail est, à partir de la description des ententes préalables de chirurgie bariatrique, reçues à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale pour les militaires d'active, de faire une mise au point sur le rôle de la sécurité sociale. Sur les 39 ententes préalables reçues en 2008, 20 concernaient des femmes ayant un indice moyen de masse corporelle (IMC) de 39,1 ± 2,7 et 19, des hommes ayant un IMC de 40,6 ± 3,9. Les gendarmes étaient les plus représentés, ils avaient souvent plus de quinze années de service. La gastroplastie était l'opération la plus fréquemment réalisée, sept personnes n'ont pas bénéficié d'intervention chirurgicale malgré un accord de prise en charge.

Mots-clés : Aptitude. Armée. Chirurgie bariatrique. Sécurité sociale.

Abstract

SURGERY FOR MORBID OBESITY IN FRENCH DUTY MILITARY PERSONNEL IN 2008.

The French National Authority for health recently finalized some recommendations on surgery for morbid obesity, which are a step towards the multidisciplinary refunding of morbid obesity. From the description of the preliminary agreements concerning surgery for morbid obesity received on the National Military Health Fund and asked by duty military personnel, the aim of our job is puting the records straight on the health fund's role. Among the 39 preliminary agreements received in 2008, 20 came from women with a medium body mass indicator of 39,1 ± 2,7 and 19 came from men with a medium body mass indicator of 40,6 ± 3,9. The most represented group was composed of policemen who often had more than fifteen years of service (12). Gastroplasty was the most frequently realised surgery (25/32) and seven people haven't undergone the surgical procedure despite a favourable agreement for its refunding.

Keywords: Ability. Army. Health fund. Obesity surgery.

Introduction.

La chirurgie de l'obésité (ou chirurgie « bariatrique ») se développe en France depuis une dizaine d'années. Elle est indiquée en deuxième intention, après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant six à douze mois chez les patients. Le parcours du patient candidat à la chirurgie bariatrique a été défini par des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) mises à jour en janvier 2009 (1).

Dans les armées, les conséquences d'une telle chirurgie qui nécessite un suivi postopératoire bien encadré et la prise de mesures diététiques adaptées relativement contraignantes, entraînent un retentissement sur l'aptitude médicale à servir.

La réalisation de certains gestes de chirurgie bariatrique nécessite pour la prise en charge financière un accord préalable de l'assurance maladie. À partir de la description des Ententes préalables (EP) reçues en 2008 pour les assurés militaires d'active, nous montrons le rôle des praticiens conseils de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) dans la prise en charge financière de l'acte chirurgical et

PH. MARSAN, médecin en chef, praticien confirmé. G. DESJEUX, médecin en chef, praticien certifié. C. BALAIRE, médecin en chef, praticien confirmé. V. THEVENIN-GARRON, médecin en chef.
Correspondance : Ph. MARSAN, Caisse nationale militaire de sécurité sociale, Département services médicaux, 247 avenue Jacques Cartier – 83090 Toulon Cedex 09.
Email : philippe.marsan@cnmss.fr

nous rappelons la place des médecins militaires dans le parcours du patient, son suivi à long terme et les conséquences sur l'aptitude à servir.

Place de la chirurgie bariatrique dans le traitement de l'obésité morbide.

En 2009 (2), la HAS a actualisé les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) d'octobre 2003 (3) et publié des brochures d'information sur la chirurgie de l'obésité (4-6). L'acte chirurgical est une étape majeure mais non exclusive d'une stratégie médicale cohérente et globale, coordonnée par le médecin responsable de la prise en charge au long cours au sein d'une équipe médico-chirurgicale. Il comporte un bilan préopératoire multidisciplinaire (médical, nutritionnel, chirurgical, anesthésique et psychologique), une information du patient et un suivi médical et chirurgical prolongé.

L'indication de chirurgie bariatrique peut être posée chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

– patient avec un IMC ≥ 40 kg/m^2 ou bien avec un IMC ≥ 35 kg/m^2 associé au moins à une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie, notamment l'hypertension artérielle, le Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) et les autres troubles respiratoires sévères ou désordres métaboliques sévères, en particulier le diabète de type 2, les maladies ostéo-articulaires invalidantes, la stéatohépatite non alcoolique ;

– en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant six à douze mois ;

– en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids ;

– patient bien informé au préalable, ayant eu une évaluation et une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires ;

– patient ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme ;

– risque opératoire acceptable.

L'indice de masse corporelle (IMC) est une norme internationale adoptée pour mesurer l'excès de poids et l'obésité. Il est défini comme le poids divisé par le carré de la taille exprimé en kg/m^2.

La décision d'intervention résulte d'une analyse collégiale réunissant le médecin traitant, un spécialiste de l'obésité, une diététicienne, un psychiatre ou un psychologue, le chirurgien et l'anesthésiste. Ces praticiens sont responsables du projet de suivi médical. Ils analysent la motivation du patient et sa capacité à adhérer durablement au programme thérapeutique. Ils évaluent l'ensemble de la situation clinique, somatique, psychologique incluant le contexte médico-chirurgical et anesthésique (mesures anthropométriques, statut nutritionnel et vitaminique du patient, endoscopie gastroduodénale avec dépistage d'une infection à *Helicobacter Pylori*). Ils étudient le contexte familial et social, la chirurgie de l'obésité conduisant parfois à des transformations relationnelles importantes. Ils posent l'indication opératoire après avoir traité activement les comorbidités avant l'intervention, en particulier les complications cardio-respiratoires et métaboliques. Enfin, ils définissent avec le patient les conditions du suivi postopératoire sous forme de programme personnalisé d'éducation thérapeutique. L'équipe médicale doit fournir au patient une information détaillée, exhaustive et des conseils nutritionnels adaptés à la période pré, péri et postopératoire. Une perte de poids avant l'intervention n'est pas un critère d'exclusion si celle-ci n'a pas suffi à réduire le risque vital ou fonctionnel (l'IMC initial sert de référence).

La chirurgie bariatrique.

Remontant aux années 1950, la chirurgie bariatrique s'est considérablement développée. En 2009, deux types d'interventions chirurgicales sont possibles en France (7).

Deux techniques principales.

Les interventions entraînant une restriction de la capacité gastrique.

Elles consistent en la formation d'une poche gastrique de volume très réduit (15 à 20 ml), sans malabsorption associée, obligeant le patient à limiter la prise alimentaire solide. Il en résulte l'obtention d'une satiété précoce consécutive à la restriction du volume gastrique disponible pour le repas.

Elles comprennent :

– la gastroplastie verticale calibrée (GVC) de moins en moins pratiquée ;

– la gastrectomie longitudinale (ou gastrectomie en manchon ou *sleeve gastrectomy*) ;

– l'anneau de gastroplastie ajustable (AGA).

L'anneau de gastroplastie réduit le volume de l'estomac grâce à un bandage circulaire de sa partie haute à l'aide d'un anneau. Intervention plus simple, réversible, avec les avantages péri-opératoires qui s'y rapportent, elle respecte également la physiologie. Elle favorise la perte de poids par l'obtention d'une satiété précoce consécutive à la restriction du volume gastrique disponible pour le repas. Au cours de l'intervention, un anneau en silicone est positionné autour de la partie haute de l'estomac afin de créer une poche de petit volume (15 ml). Il est relié par un cathéter à un réservoir inséré dans un plan sous-cutané de l'abdomen. L'injection de sérum physiologique dans ce réservoir permet d'adapter le diamètre de l'anneau et de modifier le volume des ingesta en conséquence.

Les interventions entraînant une restriction de la capacité gastrique et une malabsorption (interventions mixtes).

Elles associent à une restriction gastrique, le principe d'une malabsorption intestinale par la création d'un court-circuit ou d'une dérivation.

Elles comprennent :

– le court-circuit gastrique ou *by-pass* (BPG) ;

– la dérivation biliopancréatique.

Le BPG court-circuite une partie de l'estomac et de l'intestin grêle et associe à la réduction de capacité gastrique, une dérivation à l'intestin grêle proximal. Il entraîne une modification importante de la physiologie digestive (réservoir gastrique supprimé, asynergie entre le bol alimentaire et les secrétions biliopancréatiques, phénomène de malabsorption).

La dérivation biliopancréatique réduit par une gastrectomie la taille de l'estomac et raccorde les secrétions biliopancréatiques sur la portion terminale de l'intestin grêle.

Choix du type d'intervention.

Le choix doit être fait en fonction des besoins de chaque patient. L'opération chirurgicale n'est qu'un outil dans la rééducation (8). Les recommandations de la HAS de même que les différentes études n'apportent pas de réponse définitive quant à une préférence pour un type d'intervention en fonction des résultats sur la perte de poids, et de la fréquence et de la gravité des effets indésirables (9). Plus les interventions sont efficaces sur la perte de poids (40 à 80 % de l'excès de poids), plus elles sont complexes et entraînent des risques : complications postopératoires, risque de retentissement nutritionnel et mortalité opératoire (0 à 1 %). La gastroplastie, qui consiste à réduire la capacité gastrique, est généralement recommandée en première intention du fait d'une moindre difficulté technique. Il est possible de débuter par une gastroplastie et de convertir secondairement en un *by-pass* en cas de résultat insuffisant. Le *by-pass* tend à devenir l'indication de référence en permettant une bonne correction des comorbidités, une bonne perte de poids et une bonne qualité de vie. Par contre, c'est une intervention difficile et coûteuse, avec une notion d'irréversibilité à préciser, ainsi qu'une méconnaissance actuelle des conséquences physiopathologiques. L'expérience du chirurgien est fondamentale dans le choix de la technique opératoire.

Contre-indications.

Les contre-indications de la chirurgie bariatrique (2), parfois temporaires, sont :

– les troubles cognitifs ou mentaux sévères ;

– les troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire ;

– l'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé ;

– la dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives licites ou illicites ;

– l'absence de prise en charge médicale préalable documentée ;

– les maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et à moyen terme ;

– les contre-indications à l'anesthésie générale.

L'analyse de ces contre-indications est nécessaire à l'équipe pluridisciplinaire chargée de poser l'indication chirurgicale mais aussi, au praticien conseil en charge de l'autorisation de prise en charge de l'acte par l'assurance maladie.

Complications postopératoires.

Les complications pariétales sont classiques en postopératoire chez les patients obèses et davantage décrites pour la voie d'abord par laparotomie. En effet, chez l'obèse, le risque chirurgical lié à la laparotomie est très élevé et il est établi que le stress chirurgical est réduit sous laparoscopie par une préservation de la réponse immunitaire à médiation cellulaire et une limitation des phénomènes inflammatoires aigus (10, 11).

Les décès postopératoires précoces représentent de 0,1 % à 0,5 %, principalement par embolie pulmonaire. Les complications spécifiques sont pour les anneaux de gastroplastie la perforation gastrique par la tubulure et l'hémorragie sur trocart, ou liées au matériel prothétique implanté (suppuration ou malposition du boîtier, migration ou rupture de l'anneau). La dilatation de la poche est une des complications tardives les plus redoutées, car elle peut évoluer vers un *volvulus aigu*, une nécrose gastrique ou une perforation.

Pour les courts-circuits gastriques, les évènements décrits sont les hémorragies sévères et abcès profonds, les désunions de la ligne d'agrafes, les sténoses de la bouche anastomotique gastro-jéjunale et les ulcères anastomotiques ou occlusions transmésocoliques. Les complications fonctionnelles sont représentées par des vomissements ou un pyrosis avec oesophagite et dysphagie. Des diarrhées associées ou non à un *dumping syndrome* (diarrhées et malaises postprandiaux par hypoglycémie relative) peuvent survenir après un court-circuit gastrique.

Les complications nutritionnelles et métaboliques sont de type carentiel pour le fer, la vitamine B12 et les folates rendant nécessaire un traitement martial pour l'AGA et une supplémentation en fer, calcium et multivitamines pour le BPG.

La définition de l'échec après chirurgie bariatrique, qu'il soit en rapport avec un dysfonctionnement du montage chirurgical, la non adhésion du patient aux contraintes diététiques ou une erreur d'indication initiale ne fait pas actuellement l'objet de consensus. La perte de poids puis la stabilisation pondérale mais aussi les effets sur les comorbidités et la qualité de vie sont à prendre en considération. Médecins, chirurgiens et patients ne voient pas les objectifs pondéraux à atteindre de la même façon. Une nouvelle évaluation est possible pour décider d'une réintervention.

Suivi postopératoire.

Le suivi médical et chirurgical adapté est impératif car l'intervention entraîne une maladie iatrogène de l'estomac et/ou de l'intestin avec des conséquences digestives et nutritionnelles (carences en fer, folates, vitamines du groupe B, dénutrition). Le conseil diététique facilite la bonne tolérance. Habituellement, on recommande trois petits repas par jour et une ou plusieurs collations. Il sera demandé au patient de bien mastiquer les aliments, de manger lentement et d'éviter les aliments à très forte densité énergétique. En cas d'intervention de restriction, le patient sera averti qu'il doit limiter ses boissons au moment des prises alimentaires. Il faut

renoncer aux boissons gazeuses et boire régulièrement entre les repas. De nombreux patients s'avérant intolérants à la viande, il faut veiller à ce que les apports protéiques ne soient pas inférieurs à 0,8 g/kg/j (poisson, laitage, œufs). Il est recommandé de pratiquer régulièrement une activité physique.

Le matériel implanté peut être source de complications (retournement du boîtier, rupture de tubulure) ; des contrôles radiologiques réguliers du montage chirurgical sont recommandés afin de dépister une dilatation de poche ou de l'oesophage et une malposition de l'anneau. Les consultations mensuelles pendant la première année, puis annuelles permettent aussi de suivre le traitement des comorbidités et d'évaluer le retentissement psychologique et social. Le patient doit bénéficier d'un suivi à vie, en raison de la possibilité de complications tardives mais aussi de la chronicité de la maladie. Différents critères permettent de suivre l'amélioration de son état de santé en appréciant, la diminution des douleurs articulaires et des épisodes de somnolence diurne, un meilleur équilibre glycémique chez les diabétiques avec allègement du traitement, une normalisation des chiffres tensionnels et une régression de l'hyperlipidémie.

Un an après l'intervention et, selon les techniques (12), les études montrent des pertes moyennes de poids assez importantes entre 20 et 50 kg ce qui peut correspondre à 45 à 60 % de l'excès de poids. A long terme, la perte de poids tend à se maintenir dans le temps ce qui va de pair avec une amélioration de la qualité de vie, en termes d'impact psychosocial malgré les inconvénients de l'intervention (13). Les pertes de poids significatives après intervention ont aussi un retentissement bénéfique sur les comorbidités (14).

Tous ces éléments sont à prendre en compte dans la qualité de la période postopératoire et de sa prise en charge par l'équipe pluridisciplinaire (2).

Rôle de l'assurance maladie.

La chirurgie bariatrique est soumise à entente préalable (EP) auprès des services médicaux de l'assurance maladie (15, 16). La caisse d'assurance maladie ne participe aux frais résultant de certains actes que si, après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations. Lorsque l'acte est soumis à cette formalité, le malade est tenu, préalablement à l'exécution de cet acte, d'adresser au contrôle médical une demande d'EP signée par le praticien qui doit dispenser l'acte. Le codage de la classification commune des actes médicaux (CCAM) de l'acte doit figurer sur ce formulaire. Huit actes de chirurgie bariatrique sont soumis à EP (17).

En dehors de l'acte de chirurgie soumis à EP, plusieurs actes ou produits de santé découlant de cet acte ne sont pas remboursés par l'assurance maladie : certains suppléments vitaminiques, des suppléments protidiques, des consultations de psychologie et de diététique, certains actes de biologie (dosage de vitamine B1), certains actes de chirurgie réparatrice (mammoplastie à l'inverse des dermolipectomies abdominales et des membres).

Normes d'aptitude militaire.

Les normes d'aptitude militaire sont relativement sévères mais prennent en compte d'une part la notion d'IMC élevé supérieur à 30 et, d'autre part les conséquences de tels actes chirurgicaux. Cette chirurgie nécessite en effet un suivi spécialisé prolongé dans le temps avec préservation d'une accessibilité rapide à un chirurgien spécialisé en cas de complications. Les aspects nutritionnels postopératoires sont par ailleurs difficilement compatibles avec certaines activités du militaire ; la participation, en particulier, aux opérations extérieures devient rédhibitoire.

La présence d'anneau gastrique constitue un motif d'inaptitude médicale à l'engagement (18), de même que les antécédents de chirurgie gastrique, selon l'ancienneté et les séquelles. L'examen clinique attentif de la paroi abdominale revêt une importance toute particulière à la recherche de cicatrices de laparoscopie et de la présence d'un réservoir d'AGA surtout lors de la visite médicale de sélection et de la visite médicale initiale.

En cours de carrière, les antécédents de chirurgie bariatrique constituent également un motif d'inaptitude à certaines activités et, en pratique, limitent les sujets à des emplois sédentaires.

Les critères d'appréciation tiennent compte, non seulement, des antécédents de chirurgie bariatrique mais aussi du fait que la normalisation de l'IMC ne suffit pas à la récupération de l'aptitude à servir et à faire campagne en tous lieux et sans restriction.

Matériel et méthode.

Il s'agit d'une étude descriptive de l'ensemble des EP pour chirurgie bariatrique reçues à la CNMSS pour des militaires d'active au cours de l'année 2008.

Les facteurs sociodémographiques étudiés comprenaient le sexe, l'âge, l'armée d'appartenance, le temps d'armée. L'IMC, la présence de comorbidités associées à l'obésité, le type de chirurgie pratiquée, le statut de l'établissement réalisant l'acte ont été analysés. Certaines variables ayant trait à l'assurance maladie ont été également recueillies : le délai entre l'entente préalable et la réalisation de l'acte, la présence d'une affection de longue durée, la réalisation d'un contrôle physique de l'assuré.

Les tests statistiques utilisés pouvaient être une comparaison de moyenne à l'aide du test t de Student ou pour les variables qualitatives, un test du Chi^2, au seuil minimal $\propto = 5\ \%$.

Résultats.

Le nombre d'EP reçues au cours de l'année 2008 était de 39, dont 20 pour les hommes et 19 pour les femmes. L'âge moyen était de $36 \pm 8{,}8$ ans. Les femmes étaient en moyenne plus jeunes que les hommes, respectivement $33{,}2 \pm 8{,}0$ ans et $38{,}9 \pm 9{,}0$ ans.

Les EP (tab. I) provenaient le plus souvent de gendarmes (45 %) puis de militaires de l'armée de l'Air (24 %), de l'armée de Terre (18 %) et enfin de la Marine (13 %). La répartition selon le sexe n'était pas différente selon

Tableau I. Répartition selon l'armée, du sexe, du temps de service et de l'indice de masse corporelle des personnes ayant transmis une entente préalable pour chirurgie de l'obésité en 2008.

		Terre	Air	Mer	Gendarmerie	Inconnu
Sexe						
	Homme	3	5	2	8	1
	Femme	4	4	3	9	
IMC		41,5	42,9	40,1	39,4	36
Temps de service						
	Inférieur à 5 ans	2	0	1	2	1
	De 5 à 15 ans	3	3	4	3	
	Plus de 15 ans	2	6	0	12	

le type d'armée. Le temps de service au moment de l'EP était en moyenne de 11 ans chez les femmes et de 16 ans chez les hommes. Plus de 70 % des gendarmes ayant envoyé une EP avaient au moins 15 ans de service.

L'indice moyen de masse corporelle était de 40,6 ± 3,9. Il était de 39,1 ± 2,7 pour les femmes et 42,1 ± 4,5 pour les hommes.

Le tableau II décrit les pathologies associées à l'obésité, sept dossiers ne signalaient pas de problèmes médicaux et 16 demandes faisaient état d'échecs préalables de régimes amaigrissants.

L'EP sur les actes chirurgicaux a été demandée par 32 chirurgiens exerçant en milieu privé pour seulement sept du secteur public. Dans six cas, dont trois en hôpital public, l'opération prévue initialement n'a pas été réalisée (ce qui peut arriver dans le cadre d'interventions programmées avec rétractation du patient). Le délai moyen entre la demande d'entente préalable et l'opération était de 56 jours, ce délai variait entre 16 et 172 jours. Deux ententes préalables ont été rédigées par un médecin militaire. Le médecin conseil a réalisé un examen physique de l'assuré dans six cas, trois de ces personnes n'ont pas bénéficié d'intervention par la suite.

L'AGA était l'opération la plus fréquente à la fois chez les hommes et chez les femmes. Un by-pass gastrique, par laparotomie (1 cas) et par coelioscopie (4 cas) a été réalisé uniquement chez les femmes. La gastrectomie avec court-circuit bilio-pancréatique ou intestinal a été exécutée chez un homme et la gastroplastie verticale calibrée chez deux hommes. Les quatre opérations réalisées en milieu public étaient trois anneaux gastriques et un court-circuit gastrique par laparotomie.

Tableau II. Répartition par sexe, des pathologies associées à l'obésité déclarées dans les EP pour chirurgie de l'obésité en 2008 (32 dossiers sur 39 concernés par une ou plusieurs pathologies associées).

Pathologies	Homme	Femme
Pathologie cardiaque	6	5
Pathologie respiratoire	4	6
Syndrome d'apnée obstructive du sommeil	6	1
Pathologie articulaire	5	7
Diabète	3	1
Stéatose	4	1
Troubles métaboliques	2	5
Oesophagite, reflux gastro-oesophagien, hernie hiatale	3	3
Troubles mentaux	0	2
Autres	5	6
Nombre de dossiers	16	16

Discussion.

La chirurgie bariatrique est un acte relativement peu pratiqué chez des militaires : 33 opérations *versus* 12 600 en 2005 pour le régime général (19). Une des explications de cette différence est que l'obésité morbide est moins fréquente dans la population des militaires d'active (20) : la sélection des personnels à l'engagement, le suivi régulier à la fois de leur état de santé et de leur condition physique pendant leur temps d'activité, limitent la prévalence de l'obésité morbide dans cette population.

Une autre explication est due à la faible féminisation des armées : 14,6 % des personnels sont des femmes (21), or en population générale française, les femmes représentent plus de 87 % des opérés (22). Dans notre étude, le nombre d'EP est équivalent chez les hommes et les femmes ce qui, rapporté au taux de féminisation dans les armées, permet de se rapprocher des chiffres de la population générale.

La moyenne de temps de service au moment de la chirurgie bariatrique chez les hommes est supérieure à 15 ans. À ce moment là de la carrière, l'orientation professionnelle est déjà fortement marquée en excluant les métiers à forte composante physique et les sollicitations pour des départs en mission hors du territoire national. De ce fait, un IMC élevé associé à une chirurgie bariatrique a probablement un retentissement limité sur l'activité professionnelle du militaire. L'étude des pathologies associées ou comorbidités montre un retentissement de l'obésité chez des sujets relativement jeunes. Ces éléments se surajoutent à l'IMC élevé et caractérisent des patients en échec de bonne prise en charge de leur état de santé.

La norme de l'IMC inférieur à 30 doit être scrupuleusement respectée surtout lors de la visite médicale de sélection tout en tenant compte de la morphologie du candidat à l'engagement, de ses capacités physiques et sportives et de ses antécédents. Une trop grande tolérance dans la décision médicale d'aptitude initiale confronte le médecin au maintien de cette aptitude et le militaire à de nouvelles difficultés professionnelles dans sa carrière et dans son maintien dans l'emploi.

L'étude des dossiers d'EP montre que les arguments médicaux fournis étaient conformes aux recommandations de la HAS en particulier sur la valeur de l'IMC et qu'aucun refus n'a été prononcé en 2008. La comparaison avec une étude de la chirurgie bariatrique au sein du régime général (23) montre que l'IMC noté dans l'EP est moindre chez les militaires (40,6 ± 3,9) que chez les civils (43,7 ± 5,8), la pose d'anneau gastrique a une fréquence plus élevée pour les civils (96,1 %), mais le recours au secteur privé est moindre (72,9 % chez les civils vs 87,5 % chez les militaires).

Conclusion.

Les dernières publications de la HAS (24) précisent les points importants de la prise en charge médico-chirurgicale de l'obésité morbide. L'acte chirurgical doit s'inscrire dans une stratégie cohérente, après un suivi médical spécialisé d'au moins un an et une décision médicale collégiale ; il doit être réalisé par une équipe expérimentée dans un établissement équipé pour la prise en charge des patients obèses. La mise en place d'un registre de l'obésité pour évaluer la chirurgie bariatrique permettra de labelliser les centres, d'assurer une matériovigilance et une veille des complications et de la mortalité.

Dans notre étude, il faut constater que, chez ces militaires qui totalisent au moins dix ans de service, la visite systématique annuelle (VSA) n'a pas permis de les orienter vers une prise en charge efficace de leur surcharge pondérale. La chirurgie bariatrique devient, lorsqu'elle est pratiquée, un échec pour le militaire qui, malgré la perte de poids espérée et la normalisation de l'IMC, ne pourra plus récupérer les conditions physiques et cliniques nécessaires pour être considéré apte à servir et à faire campagne en tous lieux et sans restriction, en raison des contraintes trop importantes d'un suivi spécialisé régulier, de la possibilité de survenue à tout instant de complications et de mesures diététiques strictes. Il est évident que les situations de vie dégradées que l'on retrouve en particulier durant les missions hors du territoire métropolitain ne sont plus compatibles avec un suivi prolongé postopératoire. La nécessité de ce suivi long et consciencieux associé à des mesures diététiques et hygiéniques très strictes a un retentissement sur l'aptitude à servir des militaires opérés qui pourront obtenir une valeur d'IMC plus proche des normes en vigueur dans les armées, mais resteront malgré tout écartés définitivement des activités et missions à risque.

Les auteurs remercient les médecins conseils, Madame Birioukoff, Monsieur Teissedre pour leur participation à l'étude.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Synthèse des recommandations de bonne pratique. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Saint-Denis La Plaine : HAS;janvier 2009.
2. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Saint-Denis La Plaine : HAS;janvier 2009.
3. Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités. Saint-Denis La Plaine : ANAES;octobre 2003.
4. Chirurgie de l'obésité chez l'adulte. Information pour le médecin traitant. Saint-Denis La Plaine : HAS;juillet 2009.
5. Chirurgie de l'obésité. Brochure d'informations patients. Saint-Denis La Plaine : HAS;juillet 2009.
6. Le parcours du patient candidat à la chirurgie de l'obésité. Saint-Denis La Plaine : HAS;juillet 2009.
7. Lanelli A, Piche T, Dahman M, Zoungrana S. Chirurgie bariatrique: techniques et résultats. Hépato-gastro 2005;12(2):91-7.
8. Pomp A. Chartrand A. Obésité morbide : l'opération est l'option de choix. Le médecin du Québec. 2008;43(4):105-9.
9. Colquitt J, Clegg A, Sidhu M, Royle P. Surgery for morbid obesity (Cochrane Review). The Cochrane Library 2003;3.
10. Schauer PR, Sirinek KR. The laparoscopic approach reduces the endocrine response to elective cholecystectomy. Am Surg 1995;61:106-11.
11. Trokel MG, Bessier M, Treat MR, Whelan RL, Nowygrod R. Preservation of immune response after laparoscopy. Surg Endosc 1994;8:1385-7.
12. Chirurgie de l'obésité morbide de l'adulte. Saint-Denis La Plaine : ANAES;mai 2001.
13. Scheen AJ. Results of obesity treatment. Ann Endocrinol 2002;63:163-70.
14. Detry R. Bénéfices et risques de la chirurgie bariatrique. Louvain méd. 2007;126:160-2.
15. Décret N° 2001-492 du 6 juin 2001 pris pour l'application du chapitre II du titre II de la loi N° 2000-321 du 12 avril 2000 et relatif à l'accusé de réception des demandes présentées aux autorités administratives. JORF N° 133 du 10 juin 2001:9246.
16. Décret N° 2001-532 du 20 juin 2001 relatif au régime des décisions implicites prises par les autorités administratives relevant du ministère de l'Emploi et de la Solidarité et portant application des articles 21 et 22 de la loi N° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations. JORF N° 143 du 22 juin 2001:9891.
17. Agence technique d'information sur l'hospitalisation. Classification commune des actes médicaux, Version 10 du 12 septembre 2007.
18. Instruction N° 2100/DEF/DCSSA/AST/AME du 1er octobre 2003 relative à la détermination de l'aptitude médicale à servir.
19. Le comité de rédaction. La chirurgie bariatrique en France de 1997 à 2005. Obes 2007;2:298-9.
20. Bordier L, Bauduceau B, Dupuy O, Mayaudon H, Colle B. Étude sur les besoins de prévention des militaires et de leur famille : le surpoids en milieu militaire. Médecine et Armées 2009;5:453-64.
21. Secrétariat général pour l'administration. Direction des ressources humaines du ministère de la Défense. Service de la politique générale des ressources humaines militaires et civiles. Sous-direction des études et de la prospective. Bilan Social 2008. Paris : Ministère de la Défense.
22. Oberlin P, Mouquet M-C. La chirurgie de l'obésité en France de 1997 à 2003. Études et Résultats. 2005;410:1-12.
23. Rodde-Dunnet MH, et coll. Chirurgie digestive de l'obésité. Résultats de l'enquête nationale. Février 2004. CnamTS - DSM - Département Hospitalisation et Secteur Médico-Social / Mission Statistique – Bagnolet : février 2004.
24. Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques : chirurgie de l'obésité - prise en charge pré et postopératoire du patient. Saint-Denis La Plaine : HAS;juin 2009.