

Plaidoirie

Dossier 1030678-J

Pour l'audience du 4 avril 2024

À la commission d'accès à l'information

Suite à une demande faite au
Ministère de la santé et des services sociaux du Québec

Table des matières

Demande d'accès à l'information _____	2
Réponse du MSSS _____	3
Le but _____	4
Quel est le rôle du MSSS _____	4
Les nécessité d'avoir des statistiques _____	17
L'utilité d'avoir des statistiques sur la chirurgie bariatrique _	24
Ce que comporterait une étude statistique _____	28
Listes des statistique que le MSSS devrait avoir _____	30
Conclusion _____	51

Québec, 7 décembre 2022

Responsable de l'accès aux documents
MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 4e étage,
Québec (Québec), G1S 2M1

Demande d'information au sujet de la chirurgie bariatrique

Statistique pour l'année 2021

- 1- Le nombre total de chirurgie bariatrique effectué
- 2- Le nombre des femmes qui ont subi cette opération
- 3- Le nombre d'hommes qui ont subi cette opération
- 4- Le nombre de décès
- 5- Le nombre de cas de complications graves.

Politique de soins

Avez-vous un document de recommandations pour l'exécution de la chirurgie bariatrique destiné aux médecins.

Qui comporterait exemples:

- 1-La liste des conséquences sur le corps d'avoir l'estomac sectionné au 2/3.
- 2-Les justifications médicales.
- 3-La liste des complications.
- 4-La liste des bienfaits directement reliés à la chirurgie bariatrique autre que de faire perdre du poids.
- 5-Cette chirurgie est réservée à quel type physique de personne.
- 6-La liste des contre-indications.
- 7-En quoi la chirurgie bariatrique est curative ?
- 8-Etc.



José Breton
2000, rue le Droit #52
Québec, Qc G1J 1A1
418-660-1668
ronde@vif.com



Direction de l'accès à l'information et
de la propriété intellectuelle

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 19 décembre 2022

José Breton
ronde@vif.com

Objet : Demande d'accès
N/Réf. : 1847 00/2022-2023.439

Bonjour,

Nous donnons suite à votre demande d'accès reçue le 7 décembre dernier visant à obtenir des statistiques pour l'année 2021 concernant les chirurgies bariatriques.

Voici les renseignements répondant au libellé de votre demande :

1- Le nombre total de chirurgies bariatrique effectué :

3277 chirurgies bariatriques ont été réalisées au Québec

2- Le nombre des femmes qui ont subi cette opération :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ne compile pas ces informations.

3- Le nombre d'hommes qui ont subi cette opération :

Le MSSS ne compile pas ces informations.

4- Le nombre de décès :

Le MSSS ne compile pas ces informations.

5- Le nombre de cas de complications graves.

Le MSSS ne compile pas ces informations.

Le but

Mon but est de démontrer que le Ministère de la santé et des services sociaux me cache l'existence des données statistiques que je lui ai demandées.

Mon intention n'est pas de vous démontrer la véracité des allégations qui sont énoncées dans mes pièces jointes. Mais faire la preuve que ces informations se retrouvent sur le web.

Je me positionne comme une personne qui cherche de l'information pour l'aider à prendre une décision de subir une chirurgie bariatrique. Le MSSS devrait être une source d'information neutre pour m'aider à distinguer le vrai du faux.

Quel est le rôle du MSSS?

Selon la pièce jointe D-4 Le rôle du MSSS

Page 1

« Le rôle premier du MSSS est de voir au bon fonctionnement du système de santé et des services sociaux. Dans une perspective visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, »

Page 2

«Le Ministère de la Santé et des Services sociaux a un rôle crucial dans la gestion des fonds alloués aux services de santé et sociaux. »

Page 3

« Oui, le Ministère de la Santé et des Services sociaux joue un rôle essentiel dans la gestion des fonds alloués aux services de santé et sociaux. »

Mission et mandats

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

Le rôle premier du MSSS est de voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux. Dans une perspective visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, il détermine les priorités, les orientations et les politiques qui relèvent de son domaine, et il veille à leur application. Pour mener à bien sa mission, il s'appuie sur un réseau d'établissements et d'acteurs qui offrent à la population du Québec la grande majorité des services en matière de santé et de services sociaux.

Pour plus de renseignements concernant l'organisation du système de santé et des services sociaux, consultez la section [Système de santé et de services sociaux en bref](#) ↗.

Dernière mise à jour : 15 novembre 2021

Le rôle premier du MSSS est de voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux. Dans une perspective visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population,

Quel est le rôle du MSSS d'après IA Copilot

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a un rôle crucial dans la gestion des fonds alloués aux services de santé et sociaux. C'est lui qui supervise les budgets, les politiques et les programmes visant à améliorer la santé et le bien-être de la population. Ses décisions ont un impact direct sur la qualité des soins de santé, l'accès aux services sociaux et la protection sociale pour les citoyens. En somme, le ministre de la Santé et des Services sociaux joue un rôle essentiel dans la prise en charge des besoins de la collectivité en matière de santé et de services sociaux.

«Le Ministère de la Santé et des Services sociaux a un rôle crucial dans la gestion des fonds alloués aux services de santé et sociaux. »

Microsoft Bing | Rechercher | Copilot | Bloc-Notes | English | José | 1719

Vous
est-il vrai que le ministre de la Santé et des Services sociaux a un rôle crucial dans la gestion des fonds alloués aux services de santé et sociaux.

Copilot
Oui, le ministre de la Santé et des Services sociaux joue un rôle **essentiel** dans la gestion des fonds alloués aux services de santé et sociaux. Voici comment :

- 1. Allocation budgétaire :** Le ministre est responsable de l'allocation des ressources financières pour les établissements de santé et les services sociaux. Il doit veiller à ce que les fonds soient répartis de manière équitable et efficace pour répondre aux besoins de la population.
- 2. Élaboration des politiques :** Le ministre participe à l'élaboration des politiques et des orientations en matière de santé et de services sociaux. Ces décisions ont un impact direct sur la manière dont les fonds sont utilisés.
- 3. Surveillance et reddition de comptes :** Le ministre surveille l'utilisation des fonds publics par les établissements de santé et de services sociaux. Il doit s'assurer que les ressources sont utilisées conformément aux objectifs fixés et qu'ils produisent des résultats positifs pour la population.
- 4. Priorités et investissements :** Le ministre définit les priorités en matière de santé et de services sociaux. Il peut décider d'investir davantage dans certains domaines (par exemple, la prévention, les soins de longue durée, la santé mentale) en fonction des besoins et des enjeux.

En somme, le ministre de la Santé et des Services sociaux est un acteur clé dans la gestion des fonds alloués au système de santé et de services sociaux, contribuant ainsi au bien-être de la population québécoise.

Posez-moi une question...

est-il vrai que le ministre de la Santé et des Services sociaux a un rôle crucial dans la gestion des fonds alloués aux services de santé et sociaux.

Copilot

Oui, le ministre de la Santé et des Services sociaux joue un rôle essentiel dans la gestion des fonds alloués aux services de santé et sociaux. Voici comment :

Allocation budgétaire : Le ministre est responsable de l'allocation des ressources financières pour les établissements de santé et les services sociaux. Il doit veiller à ce que les fonds soient répartis de manière équitable et efficace pour répondre aux besoins de la population.

Élaboration des politiques : Le ministre participe à l'élaboration des politiques et des orientations en matière de santé et de services sociaux. Ces décisions ont un impact direct sur la manière dont les fonds sont utilisés.

Surveillance et reddition de comptes : Le ministre surveille l'utilisation des fonds publics par les établissements de santé et de services sociaux. Il doit s'assurer que les ressources sont utilisées conformément aux objectifs fixés et qu'ils produisent des résultats positifs pour la population.

Priorités et investissements : Le ministre définit les priorités en matière de santé et de services sociaux. Il peut décider d'investir davantage dans certains domaines (par exemple, la prévention, les soins de longue durée, la santé mentale) en fonction des besoins et des enjeux.

En somme, le ministre de la Santé et des Services sociaux est un acteur clé dans la gestion des fonds alloués au système de santé et de services sociaux, contribuant ainsi au bien-être de la population québécoise.

Selon la pièce jointe : D-5 Rapport annuel de gestion

Le Ministère de la santé et des services sociaux à la page 2,

On voit que son budget est de 53 milliards de dollars pour l'année 2021-2022.

On peut conclure que le MSSS administre de l'argent. Il doit sûrement prendre des décisions sur l'attribution d'une enveloppe budgétaire pour chaque type d'opération ou de maladie à traiter.

Rapport annuel de gestion 2021-2022 Ministère de la santé et des services sociaux à la page 2
D-5 Rapport annuel de gestion - (Stat1e.pdf)

Chiffres clés (au 31 mars)	
CHIFFRES CLÉS	DESCRIPTION
1 377	Effectif du Ministère au 31 mars 2022
53 G\$ ¹	Dépenses du Ministère
34	Établissements publics
3 306 770	Visites à l'urgence
5,52 millions ²	Consultations médicales en établissement
381 228	Personnes desservies par des soins à domicile

1. Dont 7,2 G\$ en lien avec les dépenses occasionnées par la gestion de la pandémie de même que les mesures de relance de l'économie.
2. Données de 2020-2021.

En preuve, on demandait au ministre de la santé du temps, M Coulliard, de mettre plus d'argent pour augmenter le nombre de chirurgies bariatriques effectuées par année

Tel que l'on pouvait lire dans le
Journal des débats de la Commission permanente des affaires sociales

Et selon les pièces jointes

D-6 Journal des débats 2005

Le mercredi 18 mai 2005 — Vol. 38 N° 12 Page 10 - 11

D-7 Journal des débats 2006

Le mercredi 10 mai 2006 - Vol. 39 N° 26 Page 4

D-8 Journal des débats 2008

Le mercredi 16 avril 2008 — Vol. 40 N° 33 Page 7

Journal des débats de la Commission permanente des affaires sociales
Le mercredi 18 mai 2005 - Vol. 38 N° 12 Page 10

CAS-127 page 10

Débats de l'Assemblée nationale

18 mai 2005

il y a peut-être quelques semaines de cela, nous avons demandé d'obtenir le rapport préliminaire qui était prévu dans le calendrier de la suite du Forum des générations. Alors, nous avons reçu une réponse assez laconique de la personne responsable de l'accès à l'information du ministère nous disant qu'ils n'étaient pas au courant, qu'ils n'avaient pas ce document-là. Alors, où en est le ministre dans l'exercice de sa responsabilité à l'égard de ce suivi du Forum des générations?

M. Couillard: Alors, on sait bien, M. le Président, que, pour une bonne raison, nous ne voyons pas les demandes d'accès à l'information et nous ne savons pas comment elles sont traitées. Il ne faut pas qu'il en soit ainsi non plus. Mais on se souviendra que, suite au Forum des générations, il y avait essentiellement deux groupes de travail qui relevaient directement de ma responsabilité et d'autres qui étaient partiellement de ma responsabilité.

Ceux qui relevaient directement de ma responsabilité fonctionnent tous les deux très bien. Les conclusions devraient être données dans les échéanciers prévus. Il y avait d'une part le groupe sur la prévention et la promotion de la santé, qui est très actif, qui réunit de nombreux intervenants de tous les secteurs de la société et qui fait des progrès intéressants, et l'autre, qui est très important pour l'avenir du Québec et l'avenir de son système de santé, c'est un groupe, présidé par M. Jacques Ménard, qui étudie toute la question de la pérennité financière du système de santé et de services sociaux du Québec, c'est-à-dire l'écart entre la croissance attendue des dépenses et la croissance des revenus du gouvernement et de l'économie. Alors, ce groupe-là devrait également nous donner son rapport selon les échéanciers prévus. Dans les deux cas, les travaux progressent normalement.

Mme Harel: Alors, dans les échéanciers prévus, il était prévu un rapport préliminaire pour le mois de février 2005. Alors, je lis ici, Forum des générations, engagements à suivre — cela vient du cahier des crédits du ministère du Conseil exécutif — et cela indique: «Pour ce qui est de l'équipe intersectorielle multipartite pour explorer des pistes de solution concernant la pérennité du réseau de la santé et des services sociaux...» Multipartite. Alors, d'abord, la première question que je me suis posée, c'est: «Multipartite», ça veut dire habituellement «plusieurs partis». Je ne sais pas que nous ayons été invités à ce travail, là, au sein de l'équipe multipartite ni que l'ADQ l'ait été non plus. Et on prévoyait un échéancier, février 2005, puis l'échéancier revu, juin 2005 également. Alors, rapport préliminaire, février; rapport final, juin. Là, on nous parle de l'été 2005. Est-ce que ce sera pendant les vacances de la construction pour essayer de passer, inaperçu, un nouvel impôt aux Québécois?

M. Couillard: Tout d'abord, je vais faire vérifier dans le dictionnaire le terme «multipartite». Je ne suis pas certain qu'il se réfère directement à des partis politiques, mais à des parties ou des constituantes de la société. On pourra le vérifier à la lecture du dictionnaire.

Bien, le rapport, il va être connu selon les échéanciers, en juin, puis le niveau d'attention des citoyens, je suis certain, sera très élevé sur cette question. Et je suis certain également que, quel que soit le moment où il va être rendu public, les discussions sur son contenu vont

être très longues, et très intéressantes, et très intenses également parce que les positions risquent d'être assez fermement campées, dans plusieurs secteurs de la société, sur les recommandations qui seront formulées.

Et je veux ajouter que je ne sais pas du tout quelles seront ces recommandations. Volontairement, je me suis tenu très, très loin des travaux de ce comité-là. On aura fourni une aide technique avec des fonctionnaires du ministère, mais c'est tout. Moi, je n'ai pas voulu les influencer dans leurs choix, et c'est très bien qu'il en soit ainsi.

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, c'est tout le temps qu'il nous reste.

Mme Harel: ...rappeler au ministre qu'il considérerait cette caisse santé comme un impôt déguisé.

Le Président (M. Copeman): Non, vous ne pouvez pas, il n'y a plus de temps pour rappeler cela. Je vais statuer immédiatement sur la demande de dépôt. Mme la députée, je ne dois malheureusement pas acquiescer, juste dans le sens... Parce que les décisions sont assez claires, de dépôt de document, il faut que ce soit dans l'intérêt public. Je constate qu'il l'est, mais les deux critères principaux, c'est l'authenticité et l'identification. Je ne doute pas de l'authenticité de votre document, mais il n'est nullement indiqué la source. Alors, vraiment, là, si vous souhaitez le déposer, je vous suggère de reprendre le document, indiquer les sources, et par la suite on procéderait au dépôt. Ça vous convient?

Mme Harel: Merci.

Le Président (M. Copeman): Ça me fait plaisir. Est-ce que vous souhaitez intervenir à ce moment-ci, Mme la députée de Lotbinière?

Mme Roy: Oui.

Le Président (M. Copeman): Allez-y.

**Personnes obèses en attente
d'une chirurgie bariatrique**

Mme Roy: Merci, M. le Président. Je voudrais qu'on revienne sur les délais pour les attentes de chirurgie. Un groupe s'est adressé à moi par la voix d'une femme de 25 ans qui est venue me lancer son cri du coeur. C'est une jeune femme qui souffre d'obésité morbide, soit 100 livres de plus que son poids. Elle m'a expliqué, c'est assez... Les critères pour l'obésité morbide sont assez définis médicalement, et semblerait-il, M. le Président, que 3 % de la population, soit environ 200 000 personnes au Québec, souffrent de ce problème qui se règle la plupart du temps par une chirurgie bariatrique. Ce que j'en sais, c'est qu'actuellement les délais sont de trois à six ans pour obtenir cette chirurgie-là.

Et l'émission, en janvier 2005, l'émission d'*Enjeux*, à Radio-Canada, nous présentait ce problème. Souvent, les personnes qui ont des surpoids pondérants de cette ampleur ont aussi d'autres problèmes... ou ils nécessitent des visites chez un cardiologue, des pneumologues, des problèmes de genoux, de hanches, des problèmes de

18 mai 2005

Commission permanente

CAS-127 page 11

diabète, plusieurs problèmes de santé connexes à cette obésité qui font que ça multiplie les demandes au niveau du système de santé.

• (10 h 40) •

À l'Hôpital Laval, à Québec, en janvier 2005, on mentionnait que 1 000 personnes étaient sur la liste d'attente et que seulement 300 opérations se font par année, faute de budget. Je vous demanderais si vous aviez l'intention de donner un coup de barre et d'investir à ce niveau pour éviter aussi qu'on encombre d'autres secteurs de la chirurgie ou d'autres secteurs de la santé. Ces personnes atteintes d'obésité morbide n'ont pas choisi cet état, et je pense qu'en investissant à ce niveau-là on va régler plusieurs problèmes qui sont d'ordre de santé et d'ordre aussi... Parce que plusieurs d'entre elles ne peuvent travailler en raison de leur état, ils vont devenir plus productifs en ayant réglé ce problème-là.

M. Couillard: Bien, il faut aborder cette question avec prudence. D'abord, on a augmenté le nombre de chirurgies de ce type-là depuis notre arrivée au gouvernement, mais c'est certain que le nombre de chirurgies est toujours en deçà des besoins ou des listes d'attente. Mais il faut être très prudent non plus, puis je suis certain que ce n'est pas ça ce que voulait laisser transparaître la députée, de ne pas donner l'indication à notre population que la chirurgie est le traitement magique pour l'obésité, est universelle. Ce n'est pas le cas. Et une des choses essentielles, c'est de placer toute cette question de la chirurgie bariatrique — et c'est l'essence des travaux que nous faisons actuellement — dans le contexte d'une stratégie globale pour l'obésité et non pas focuser ou se concentrer... «focuser» n'est pas français, mais se concentrer de façon exclusive sur la chirurgie. On est d'accord pour augmenter d'ailleurs les budgets. Dans les indexations spécifiques des établissements, il y a possiblement pour eux de la marge pour augmenter le nombre de chirurgies.

Il faut rappeler également à notre population que ces chirurgies sont des chirurgies qui sont relativement complexes et qui sont associées à des taux de complication relativement élevés. Bien sûr, l'obésité elle-même est associée à des taux de complication élevés, mais je crois qu'il est essentiel, avant de développer de façon beaucoup plus large ce type de chirurgie là, de s'assurer qu'on lui a défini une place dans la problématique plus générale de l'obésité. C'est ce qu'on fait actuellement avec les gens de la Direction de santé publique, qu'on ait une approche globale de la question qui parte de la prévention, l'éducation, les habitudes de vie et éventuellement, dans les cas les plus résistants, la chirurgie.

Mais le nombre de chirurgies, il a été augmenté depuis deux ou trois ans. Il faut l'augmenter plus, on est d'accord. Il faut peut-être multiplier les centres ou... sans trop exagérer non plus, il ne faut pas trop diluer l'expertise, mais il faut peut-être avoir plus de centres de référence où on peut faire cette chirurgie-là, dans les autres facultés de médecine. Je pense que c'est un type de chirurgie qui devrait être concentré dans les établissements universitaires, compte tenu du degré de formation spécialisée que ça nécessite, des équipes multidisciplinaires qui sont nécessaires, du degré de complication possible potentiel des chirurgies, mais ça fait partie des choses dont il faut augmenter la quantité. Mais bien s'assurer de le placer dans un contexte global d'intervention et non pas dire que,

pour régler le problème d'obésité, on va augmenter le nombre de chirurgies pour l'obésité.

Mme Roy: Mais, si j'ai bien compris, les critères sont assez stricts au niveau de la chirurgie. Il faut un surpoids x, il faut un IMC x, il faut avoir envisagé d'autres solutions qui n'ont pas fonctionné, puis après ça on peut être sur la liste d'attente. C'est comme ça que ça fonctionne actuellement.

M. Couillard: Oui, c'est comme ça, mais, pour le ministère, avant de déterminer quelle est la cible de nombre de patients qu'on veut faire opérer au Québec chaque année, bien il faut encore une fois l'avoir placé dans un contexte beaucoup plus global, quelle est la place de cette chirurgie-là dans une stratégie de lutte contre l'obésité. On le fait, on va le faire et va continuer d'augmenter le nombre de ces chirurgies-là parmi toutes les autres priorités que le système de santé comporte.

Le Président (M. Copeman): Merci. Mme la députée de Chambly et adjointe parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Lutte contre le cancer

Mme Legault: Merci, M. le Président. M. le ministre, j'aimerais vous entretenir d'un sujet qui, je sais, vous préoccupe beaucoup, c'est celui de la lutte contre le cancer. Il y a quelques semaines, j'ai eu le privilège de vous représenter à un dîner-causerie qui était organisé par la Fondation québécoise du cancer. D'ailleurs, je dois vous dire que je me sens toujours privilégiée de vous représenter. Et donc, pendant ce dîner-causerie, on a entendu le témoignage de M. Saucier, qui est président du conseil d'administration d'une grande firme comptable québécoise, là, KPMG, Grant Thornton, et c'était un témoignage très émouvant. Tu sais, il nous racontait évidemment sa souffrance mais l'accompagnement de ses amis, qu'il avait eu de ses amis, de sa famille et tout. Et il a fini son allocution en disant: J'ai choisi comment je voulais écrire le mot «tumeurs». Alors, manifestement, c'était t-u-m-e-u-r plutôt que t-u m-e-u-r-s. Et ça, c'était très, très porteur, tu sais, ça a donné tout un coup.

Et ça m'amène en fait à poser la question relativement aux délais d'attente, parce que, dans le «tu meurs», t-u m-e-u-r-s, il y a toute l'angoisse de l'attente, bon, du diagnostic, éventuellement du traitement qui s'ensuit. Et je sais, parce que, bon, à ce moment-là, j'avais des notes d'allocution qui étaient préparées par chez vous, qu'en 1999 il y avait plus de 600 patients au Québec qui étaient hors délai dans le traitement de leur cancer, qui étaient dans des délais donc de plus de huit semaines. Et on se rappelle que, dans les années passées, sous le précédent gouvernement, il y avait des patientes, je me souviens bien, qui étaient traitées aux États-Unis parce que les listes d'attente étaient embourbées. Il y a eu des progrès depuis ce temps. Est-ce que vous pouvez nous faire le point un peu sur où on en est maintenant dans la lutte contre le cancer au Québec? Merci.

M. Couillard: Bien, effectivement, M. le Président, la lutte contre le cancer, c'est un effort qui doit être prioritaire, un effort majeur, un effort qui regroupe plusieurs

M. Couillard: Il est en cours d'élaboration, il va être publié dans quelques semaines. C'est le plan d'action national.

M. Charbonneau: Donc, votre échéancier, c'est quoi, là?

M. Couillard: À partir du milieu de juin et au cours de l'été peut-être. Possiblement avant la fin de la session, là, mais on ne fera pas... on ne bâclera pas le travail pour quelques jours, on va s'assurer que le plan est bien complet.

M. Charbonneau: Est-ce que vous allez prévoir, parce que ce n'était pas clair, c'est ça qui était ma question, la publication régulière du taux d'infection par hôpital?

M. Couillard: Alors, on le fait déjà pour le C. difficile; on va ajouter, cette année, les cathéters et le SARM. Et progressivement, avec les années, on va en ajouter. Il y en a d'autres, bactéries: l'entérocoque résistant, il y a... puis on ne sait pas celles de l'avenir également, mais on a pris les plus fréquentes, là: alors, le C. difficile, pour des raisons évidentes, les infections à cathéter puis le SARM.

M. Charbonneau: Puis qu'est-ce que c'est, le programme d'indemnisation?

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. le député de Bordeas, malheureusement, là, je dois céder la parole à la députée de Lotbinière qui a un droit de parole inscrit dans le bloc, et je reviendrai sur vous s'il reste du temps. Mme la députée de Lotbinière.

M. Charbonneau: Il y a une question à laquelle le ministre n'avait pas répondu, c'est à la question du programme d'indemnisation, là.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): On pourra revenir là-dessus. Mme la députée de Lotbinière.

Liste d'attente pour une chirurgie bariatrique

Mme Roy: Je voudrais aborder ici la question des personnes obèses en attente d'une chirurgie bariatrique. Il faut comprendre que certains ont des problèmes de... certains vivent de l'obésité en raison de leurs habitudes de vie, mais certaines autres personnes ont des problèmes de métabolisme. Et ces problèmes sont diagnostiqués, et ces personnes ne s'en sortiront pas sans opération, sans chirurgie bariatrique.

L'an dernier, j'ai abordé cette question qui m'avait été amenée par une jeune femme de 25 ans, elle représentait un groupe, et depuis elle n'a pas eu son opération, et elle ne l'aura pas non plus dans l'année qui va suivre. Et, pour bien illustrer les problèmes que ça engendre, le délai qu'on attend, le délai d'attente pour ces chirurgies-là, elle a dû s'arrêter de travailler en raison d'une hernie discale, puis d'autres problèmes de santé aussi se joignent à ça. Cette chirurgie-là est nécessaire parce qu'en plus, quand ces personnes souffrent de cette obésité, ils encombrant

les services de santé pour le diabète, pour les chirurgies de genou, de hanche.

Donc, l'an dernier, à votre réponse... la réponse du ministre, M. le Président, c'est qu'il fallait déterminer quelle était la cible de nombre de patients qu'on devrait opérer au Québec. Je demande à M. le ministre s'il a déterminé cette cible-là, quel est le délai médicalement acceptable pour l'attente d'une telle chirurgie. 1 000 personnes étaient sur la liste d'attente et seulement 300 opérations se faisaient par année à l'Hôpital Laval; est-ce que la situation s'est améliorée? Et la stratégie de lutte contre l'obésité, lorsque c'est une question de métabolisme, est-ce qu'il n'y a pas lieu, là, de faire vite et de régler ce problème pour ces personnes?

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. le ministre.

M. Couillard: Alors, effectivement, c'est, je dirais, malheureusement un problème croissant dans notre société, auquel on aimerait mieux s'adresser par la prévention, mais, par contre, on a également devant nous des personnes qui ont un degré d'obésité si important qu'il faut en venir au traitement chirurgical.

D'ailleurs, j'ai souvent mentionné, dans la discussion sur la garantie d'accès, que la chirurgie bariatrique était un exemple où il faudrait, dans une prochaine étape d'élargissement de la garantie, inclure ce type de procédure là, bien sûr, sans assurance privée parce qu'il s'agit de procédures — il faut le rappeler pour la population qui nous écoute — qui ne sont pas bénignes, ce n'est pas de la petite chirurgie, sans jeu de mots, là. C'est de la chirurgie qui est complexe chez les malades qui sont potentiellement sujets à des complications multiples. Et il y a même un taux de mortalité et de morbidité qui n'est pas énorme mais qui est réel, associé à ces chirurgies-là.

Maintenant, il y a du progrès en termes de nombre de chirurgies, et il faut continuer bien sûr. La députée me demandait la situation à l'Hôpital Laval: en 2001-2002, il y a 135 interventions qui ont été pratiquées; en 2004-2005, 276; et là on n'a pas les statistiques encore de l'an dernier. On a plus que doublé le nombre de chirurgies à l'Hôpital Laval depuis quelques années. À Sacré-Coeur de Montréal, on est passé de cinq chirurgies à 30, donc on a augmenté par six, et dans tous les autres hôpitaux... à l'Hôpital Royal Victoria, on est passé de 123 à 189. Le nombre de chirurgies augmente partout, mais, bien sûr, la demande augmente partout parce qu'on sait que l'obésité est un problème qui augmente.

Alors, on va continuer, cette année, le développement de ces services-là. On est actuellement en fin de travaux sur l'orientation des organisations de services en chirurgie bariatrique, mais qui pourra être accompagnée d'actions concrètes dès la première moitié de l'année 2006, d'abord, par la désignation d'un centre d'excellence, et également, par l'augmentation du volume de chirurgies dans certains hôpitaux. Donc, on est... je crois qu'on est en bonne direction pour augmenter l'accessibilité à cette chirurgie-là.

Je veux juste terminer sur une question qui m'a été posée par la députée, elle a demandé quel est le... Alors, pour prendre cette décision-là, ce n'est pas le m... e qui la prend en isolation, il faut que ce soit fait

16 avril 2008

Commission permanente

CAS-33 page 7

une augmentation, une indexation annuelle. Les coûts supplémentaires reliés à cette indexation sont de plus de 2 millions de dollars. Évidemment, ça semble peu par rapport au budget de la Santé, mais toute somme doit être trouvée quelque part et par définition placée à un autre endroit que là où elle aurait pu aller. On a l'impression d'avoir fait un compromis correct et acceptable socialement. On est toujours prêts à discuter avec l'association cependant. Mais il nous semble qu'on est arrivés à un équilibre correct, compte tenu du fait encore une fois que la majorité des provinces et territoires ont choisi cette approche.

M. Drainville: Je vais leur relayer cette réponse-là, M. le Président.

Augmentation des chirurgies bariatriques

Finale­ment, l'obésité morbide. 10 octobre dernier, M. le Président, la Coalition contre l'obésité morbide réclamait l'amélioration de l'accès à la chirurgie bariatrique au Québec pour les personnes souffrant d'obésité morbide. Selon la coalition, il y a près de 3 500 Québécois qui sont sur une liste d'attente pour une chirurgie bariatrique. La majorité d'entre eux vont attendre au moins cinq ans parce que, nous dit-on, il y a à peine 1 000 interventions qui sont pratiquées chaque année. Est-ce que le ministre a un plan pour accroître le nombre de chirurgies, possiblement l'augmenter de telle façon à ce que le nombre de chirurgies augmente de façon significative, à chaque année, pour réduire donc la liste d'attente?

On sait que les personnes qui souffrent d'obésité morbide représentent, elles l'admettent elles-mêmes, un fardeau économique très important, des frais directs en soins de santé, des indemnités salariales, des pensions d'invalidité. Et ces personnes que j'ai rencontrées souhaiteraient pouvoir subir cette intervention chirurgicale afin de pouvoir redevenir des personnes beaucoup plus actives, beaucoup plus productives et beaucoup plus heureuses pour elles-mêmes et pour leurs proches. Alors, est-ce que vous pourriez envisager, est-ce que vous souhaitez envisager une augmentation du nombre de chirurgies bariatriques, M. le ministre?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre... M. le ministre.

M. Couillard: Oui, M. le Président. Effectivement, il faut d'abord noter que... Et d'ailleurs je regardais avec intérêt un reportage, sur le site anglais de Radio-Canada, il y a quelques semaines, qui montrait que, sauf erreur, c'est au Québec où il se fait le plus grand nombre de ces chirurgies au Canada, actuellement. Alors, je pense qu'il y a déjà un effort important. Il y a des augmentations de volumes chirurgicaux également au cours des années, mais, comme le dit très justement notre collègue, la demande de soins... c'est la réalité de la situation de santé de la population, la demande de soins pour cette chirurgie-là augmente continuellement.

Donc, oui, effectivement, il est prévu d'augmenter le nombre de chirurgies de façon importante. On vise d'augmenter à 1 500 par année, d'ici un an, ce qui est considérable comme bond. Mais ce ne sera probablement pas encore suffisant, compte tenu de la prévalence du problème. Alors, il y a un plan à plus long terme qui s'appuie sur plusieurs éléments, dont le fait de faire certaines chirurgies à

niveau de risque moins élevé dans les centres satellites, à l'intérieur du concept des RUIS, là, satellites, sous la supervision du centre universitaire, qui peuvent faire certains cas, bon, moins graves ou moins risqués que ce qui doit être fait dans les grands centres universitaires.

Il faut également réaliser que le déploiement à un niveau plus élevé que les 1 500 prévues demande des changements d'infrastructures et de main-d'œuvre qui demanderont quelques années. Pourquoi? Parce qu'il y a actuellement, je crois, 19 chirurgiens... 24 chirurgiens, au Québec, dans neuf centres, qui font cette chirurgie-là, et pas tous le font de façon intensive dans leur emploi du temps. Donc, ça prend plus de chirurgiens, ça prend plus d'équipes également pour suivre ces malades après la chirurgie. Parce que, même si la chirurgie est efficace, et on voit même qu'elle peut amener des soulagements de maladies chroniques telles que le diabète ou amener une amélioration de l'espérance de vie de ces personnes-là, il n'en reste pas moins que la chirurgie en elle-même produit des conséquences physiologiques qui font en sorte que ces personnes ont besoin d'un suivi médical à long terme, alors il faut... Ça ne donnerait rien d'augmenter des chirurgies sans avoir le suivi par la suite.

Donc, oui, dans un premier temps, augmentation de chirurgies, mais également, à plus long terme, désignation de centres satellites, équipes de suivi, parce qu'il y a la chirurgie bariatrique, mais la médecine bariatrique également pour suivre ces patients-là. Et il y a un projet intéressant qui pourrait faire l'objet, j'espère, d'une adhésion de notre collègue. On pourrait, par exemple, à Montréal, utiliser le principe des centres médicaux spécialisés associés pour faire certaines chirurgies à basse intensité ou à moins basse intensité. Je suis certain que notre collègue va appuyer avec enthousiasme cette formule, puisque naturellement elles ne seront pas faites à aucun frais pour les patients et que d'ailleurs son collègue le député de Rousseau soutenait le concept de clinique affiliée en décembre 2002.

Le Président (M. Kelley): Alors, il vous reste deux minutes. Si j'ai bien compris, le député de Bertrand, vous voulez une enveloppe de cinq minutes. Alors, si vous voulez, je peux amputer sur le prochain bloc. Avec consentement, on va donner au député de Bertrand cinq minutes. Est-ce que ça vous va? M. le député de Bertrand, pour cinq minutes.

Situation au Centre hospitalier Saint-Eustache

M. Cousineau: Merci, M. le Président. Puis je remercie mon collègue le député de Marie-Victorin de me donner quelques minutes pour poser certaines questions.

M. le ministre, vous connaissez la situation dans les Laurentides présentement: la croissance démographique est fulgurante, et ce, que ce soient les Moyennes-Laurentides ou les Basses-Laurentides. Et évidemment c'est très intéressant de voir que la population augmente comme ça, ça amène beaucoup d'activités socioéconomiques, mais ça amène aussi énormément de pression sur le système de santé. Et puis le gros sujet de conversation présentement, dans les Basses-Laurentides, au niveau du système de santé, c'est l'Hôpital de Saint-Eustache.

L'Hôpital de Saint-Eustache présentement subit une pression énorme. Vous avez eu, dans les derniers mois,

Autres indices que le MSSS gère de l'argent:

Le ministre de la santé Yves Bolduc a décidé d'investir dans la chirurgie bariatrique entre 2009 et 2012,

Selon la pièce jointe:

D-9 Québec investit

Page 1

« Chirurgies contre l'obésité morbide: Québec investit à l'hôpital Laval pour réduire l'attente à deux ans»

Page 2

« Le ministre de la Santé entend tripler le nombre d'interventions chirurgicales bariatriques d'ici 2011. Pour ce faire, le gouvernement investira 29 millions de dollars.»

Page 3

« Les ministres Yves Bolduc et Alain Paquet annoncent que des chirurgies bariatriques seront réalisées au Centre hospitalier régional de Lanaudière »



« Chirurgies contre l'obésité morbide: Québec investit à l'hôpital Laval pour réduire l'attente à deux ans
Journal Le Soleil, vendredi 14 juillet 2009 page 11

(Québec) Québec investit à l'hôpital Laval dans l'espoir de réduire de moitié l'attente de quatre ans pour bénéficier d'une chirurgie contre l'obésité morbide. Mais il manque de personnel pour profiter à plein temps du nouveau bloc opératoire.

Les 1,2 million \$ investis pour équiper la salle d'opération devraient néanmoins permettre aux six médecins spécialistes d'augmenter la cadence, se réjouit leur chef, le Dr Simon Biron. Une centaine de patients supplémentaires devraient, déjà en 2009-2010, profiter de la convoitée chirurgie. Total : environ 435 vies révolutionnées. D'ici deux ans, ils escomptent en secourir plus de 600.

Les chirurgiens pourraient en traiter bien plus, note le Dr Biron. Le nouveau bloc sera toutefois partagé entre les chirurgies contre l'obésité et celles contre le cancer du poumon. En plus, il faudrait attirer plus d'infirmières, d'inhalothérapeutes et de psychologues afin d'appuyer les chirurgiens bariatriques de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, l'hôpital Laval pour les intimes. Ceux-ci seraient alors en mesure d'opérer 1200 malades chaque année.

Des «malades», les obèses morbides? Il s'agit bel et bien d'«une maladie héréditaire métabolique», insiste le Dr Picard Marceau, un des pionniers de la chirurgie bariatrique. Une «maladie exécrable» n'ayant rien à voir avec le manque de volonté des patients. «On ne devient pas obèse morbide parce qu'on ne joue pas au tennis.»

Content que l'expertise de l'hôpital Laval obtienne une reconnaissance, le Dr Marceau a toutefois profité de la présence du ministre de la Santé, lundi, pour dénoncer le manque de services offerts hors de Québec et de Montréal. «Il n'est pas normal que les gens de Chicoutimi, Rimouski et Gaspé soient obligés de venir subir leurs traitements ici.» Les équipes médicales des régions devraient recevoir les fonds nécessaires, clame-t-il.

Estomac rapetissé, intestin modifié

La chirurgie bariatrique ou chirurgie de l'obésité permet à des personnes vivant avec un surplus de poids considérable - des centaines de livres - de retrouver une vie saine.

Plusieurs techniques opératoires existent. À l'hôpital Laval, les médecins rapetissent l'estomac et modifient l'intestin, vulgarise le Dr Stéphane Lebel, un des six chirurgiens bariatriques. Le système digestif ainsi réduit de moitié s'adapte afin de mieux digérer les aliments. »



Accueil | Info

Québec s'attaque au fléau

« Le ministre de la Santé entend tripler le nombre d'interventions chirurgicales bariatriques d'ici 2011. Pour ce faire, le gouvernement investira 29 millions de dollars.

Le gouvernement du Québec s'attaque à l'obésité morbide. Le ministre de la Santé, Yves Bolduc, a annoncé que le gouvernement investira 29 millions de dollars d'ici les trois prochaines années pour lutter contre le fléau.

Québec entend notamment tripler, d'ici 2010, le nombre d'interventions chirurgicales bariatriques. De 840 opérations effectuées l'an dernier, on en fera 1500 cette année, 2250 l'an prochain et 3000 en 2011.

Actuellement, le temps d'attente pour une telle opération se situe entre cinq et sept ans. Le ministre Bolduc espère réduire ce délai à moins de six mois, en procédant à 6000 opérations par année. »

Radio-Canada
A Publié le 15 mai 2009 à 19 h 22

Québec 

Ministère de la Santé et des Services sociaux

MSSS / Ministère / Salle de presse / Communiqués / **Ministre**

Rechercher dans le site du MSSS 

Les ministres Yves Bolduc et Alain Paquet annoncent que des chirurgies bariatriques seront réalisées au Centre hospitalier régional de Lanaudière

Saint-Charles-Borromée, le 27 juillet 2012

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, le docteur Yves Bolduc, et le ministre délégué aux Finances et ministre responsable des régions de Laval, des Laurentides et de Lanaudière, monsieur Alain Paquet, ont annoncé aujourd'hui la désignation du Centre hospitalier régional de Lanaudière pour la réalisation de chirurgies bariatriques. Ainsi, les interventions simples, telles que la pose d'anneaux gastriques et la gastrectomie verticale, pourront être réalisées dans la région.

Les ministres Yves Bolduc et Alain Paquet annoncent que des chirurgies bariatriques seront réalisées au Centre hospitalier régional de Lanaudière

Saint-Charles-Borromée, le 27 juillet 2012

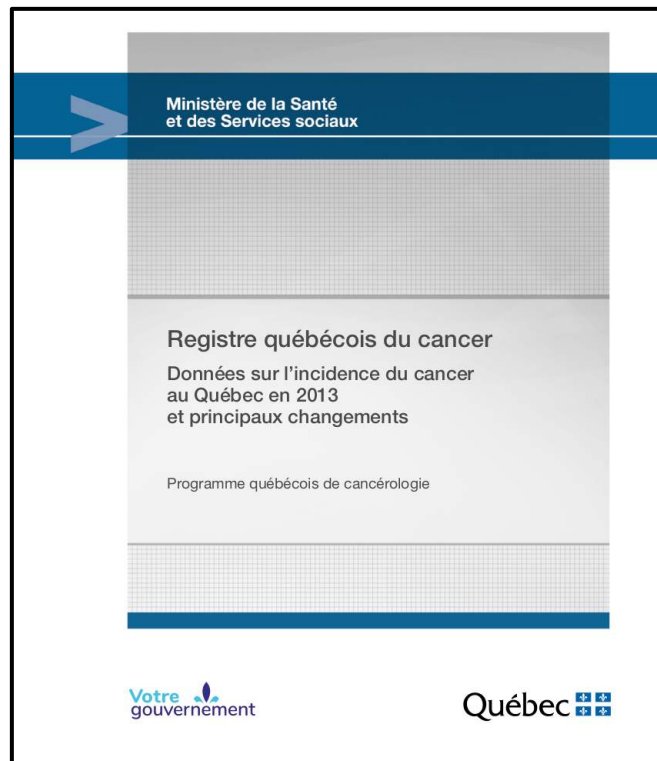
Salle de presse

Cela dit, par principe pour prendre des décisions budgétaires, il est nécessaire de se baser sur des données statistiques. C'est de l'actuariat. En d'autres mots, le MSSS doit connaître à quoi sert l'argent qu'il distribue.

Qui dit statistique dit outil d'évaluation de la performance, de la pertinence et de l'efficacité.

Prenons par exemple le Registre québécois du cancer.
Voir pièce jointe : D-10 Registre du cancer

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-902-24W.pdf>



Avec le cancer, il est nécessaire de connaître annuellement le nombre de cancers qui ont été traités et le nombre de décès, afin de pouvoir évaluer l'argent nécessaire pour répondre aux besoins d'une année à l'autre.

Cela permet aussi, pour chaque type de cancer, d'évaluer l'efficacité du traitement choisi.

Avec le temps les traitements se sont améliorés. Il y a plus de personnes qui sont en rémission du cancer. Il faut donc des statistiques pour voir l'évolution de la recherche sur les traitements.

Par conséquent, si un choix de traitement n'est pas efficace, ou ne réponds pas aux exigences, le MSSS ne donnera pas d'argent pour celui-ci.

Alors, pourquoi le MSSS n'utiliserait pas des statistiques pour évaluer la pertinence de la chirurgie bariatrique comme fait l'Ontario ?

L'Ontario a un Registre bariatrique ainsi que la Suède.

Voir pièce jointe : D-11 Registre bariatrique

D-11 Registre bariatrique (Stat1k.pdf) - 1/2

<https://www.ontariobariatricnetwork.ca/bariatric-registry>

Registre bariatrique de l'Ontario



The screenshot shows the website for the Ontario Bariatric Network. At the top, there are navigation buttons for 'MAKE A REFERRAL', 'OBN MEMBERS', and 'CONTACT US', along with a search bar. Below this is a main navigation menu with links for 'About Us', 'Our Programs', 'Bariatric Registry', 'Our Centres', 'Patient Information', and 'Referring Physicians'. The 'Bariatric Registry' link is highlighted. Below the navigation is a breadcrumb trail: 'Home / Bariatric Registry'. The main heading is 'Bariatric Registry'. The text below explains that as obesity and related illness rates rise, the Ministry of Health and Long Term Care (MOHLTC) developed a Bariatric Services Strategy. An integral part of this strategy was the establishment of a comprehensive provincial database to examine patient outcomes and current practices, now known as the Bariatric Registry. The registry is managed by the Centre for Surgical Invention and Innovation (CSii) with collaboration from the Ontario Bariatric Network (OBN), the Population Health Research Institute (PHRI), and the Ministry of Health and Long Term Care (MOHLTC). A section titled 'What is the Bariatric Registry?' follows, describing it as an observational, multi-center database designed to collect standardized information on patients undergoing bariatric treatment at all participating centres across Ontario. Patients are informed of the Registry and asked to sign a consent form. Data is retrieved by chart review and includes information on patient characteristics, medical history and status, assessment, surgical and follow-up procedures, outcomes, and quality of life. The information in the Registry is completely anonymous.

<https://www.soreg.se/english>

Registre bariatrique de Suède



The screenshot shows the homepage of the SOReg website. At the top left is the SOREG logo, which consists of a stylized 'S' made of three overlapping circles in red, yellow, and blue, followed by the text 'SOREG' and 'SCANDINAVIAN OBESITY SURGERY REGISTRY' below it. In the top right corner, there is a hamburger menu icon. The main content area has a large red header with the text 'About SOReg' in white, bold font, and 'The Scandinavian Obesity Surgery Registry' in a smaller white font below it. The background of the rest of the page is white. Below the header, there are two paragraphs of text describing the registry.

SOREG
SCANDINAVIAN OBESITY
SURGERY REGISTRY

About SOReg

The Scandinavian Obesity Surgery Registry

The Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg) is a national quality register that has collected data on bariatric surgery in Sweden since 2007.

The registry provides an annual report, an overview of research publications as well as this website with interactive data visualizations.

D'ailleurs, le Dr Gagner demandait un registre en 2014 selon la pièce jointe :

D-12 Un registre demandé

« Un médecin somme Québec d'agir »

Journal La Presse, mercredi 27 août 2014, p. A14

« En 2005, un rapport sur le traitement de l'obésité au Québec concluait qu'il fallait mettre en place un registre national sur la maladie. Le registre permettrait de répertorier le nombre d'opérations bariatriques réalisées chaque année et leur taux de succès. «Mais on n'a rien de tel encore.. [...] Le milieu se développe rapidement. Ça prend une équipe d'experts pour guider le Ministère dans ses pratiques», plaide le Dr Gagner. »

D-12 Un registre demandé (Stat11.pdf)

<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201408/27/01-4794897-obesite-un-medecin-somme-quebec-dagir.php>

Un médecin somme Québec d'agir

ARIANE LACOURSIÈRE

À peine 1% de tous les patients qui devraient subir une intervention chirurgicale bariatrique sont opérés chaque année au Québec. Une situation inacceptable, selon le chirurgien Michel Gagner. Alors que se mettait en branle, hier à Montréal, le 19^e Congrès mondial de la Fédération internationale pour la chirurgie de l'obésité et les désordres métaboliques, le Dr Gagner a réclamé une politique nationale pour traiter les 1,6 million de Québécois qui souffrent d'obésité.

«Ce sont des chiffres astronomiques. Ça va coûter des milliards au système de santé si on ne fait rien et qu'on n'adopte pas des approches plus préventives», estime le Dr Gagner.

Chaque année, 2000 opérations bariatriques sont réalisées au Québec, alors qu'environ 180 000 Québécois bénéficieraient de cette intervention. «On ne soutient pas le rythme. Ces gens vont développer des complications ou mourir si on ne fait rien», affirme le Dr Gagner.

Le spécialiste souligne que les bienfaits de la chirurgie bariatrique ont été maintes fois prouvés. «Le nombre de cancers chez les patients opérés diminue de 30%. Le taux de guérison du diabète de type 2 est de 70% à 80%. On évite des amputations, des remplacements de la hanche et du genou...»

En 2005, un rapport sur le traitement de l'obésité au Québec concluait qu'il fallait mettre en place un registre national sur la maladie. Le registre permettrait de répertorier le nombre d'opérations bariatriques réalisées chaque année et leur taux de succès. «Mais on n'a rien de tel encore. Conséquence: on installe encore des bandes gastriques ajustables, alors que plusieurs pays ont cessé de le faire, car la technique a été jugée inefficace. [...] Le milieu se développe rapidement. Ça prend une équipe d'experts pour guider le Ministère dans ses pratiques», plaide le Dr Gagner.

Au cabinet de la ministre déléguée à la santé publique Lucie Charleboix, on affirme «traiter le sujet de l'obésité de façon plus large» et «travailler actuellement sur une politique globale de prévention en santé». «Ça traitera entre autres de l'obésité», explique le chef de cabinet, Natascha Joncas-Boudreau.

QUELQUES CHIFFRES

20%
Proportion de Québécois qui souffrent d'obésité

10%
Proportion de Québécois qui souffrent d'obésité sévère

Québec doit agir

Il y a des statistiques qui existent au sujet de la chirurgie bariatrique.

Pourquoi le MSSS ne les possède-t-il pas?

Voir la pièce jointe: D-13 La chirurgie au Canada

Chirurgie bariatrique au Canada Page 20

Et voir aussi la pièce jointe : D-14 Les complications de la chirurgie

Les complications de la chirurgie bariatrique Page 62

Soins hospitaliers aux patients soumis à une chirurgie bariatrique

La section qui suit fait état des complications et des réadmissions suivant une chirurgie bariatrique. Comme toute intervention chirurgicale, la chirurgie bariatrique comporte des risques. La complexité de l'état de santé du patient influe sur les risques auxquels il s'expose⁵⁴. La section fait également ressortir les écarts dans les modèles d'utilisation des services hospitaliers avant et après la chirurgie bariatrique.

Complications

En 2012-2013, environ 5,3 % des patients soumis à une chirurgie bariatrique ont connu une complication pendant leur hospitalisation, contre 8,2 % en 2009-2010^{iv}. Aux fins de la présente étude, une complication est une affection particulière qui se manifeste pendant l'hospitalisation pour chirurgie. Les complications les plus courantes sont le saignement, la perforation et la lacération, l'infection ainsi que les complications mécaniques causées par les dispositifs insérés en raison d'un déplacement, d'une fuite ou d'une perforation^v.

Les résultats, similaires à ceux d'études antérieures, révèlent des taux de complications plus élevés chez les patients ayant subi un pontage gastrique que chez ceux soumis à un cerclage gastrique^{14,55}. Cet écart peut s'expliquer en partie par le recours à des techniques chirurgicales différentes, et pourrait témoigner de différences sous-jacentes dans les caractéristiques des patients. De plus, les patients souffrant déjà de maladies digestives et ceux dont la chirurgie visait la reprise d'une intervention précédente affichaient également des taux de complications plus élevés que les autres patients.

Réadmissions

Au Canada, les réadmissions imprévues dans les hôpitaux de soins de courte durée dans les 30 jours suivant une chirurgie bariatrique sont passées de 9,4 % en 2006-2007 à 6,3 % en 2012-2013 (voir la figure 7). Ce taux est similaire au taux de réadmission de l'ensemble des patients soumis à une chirurgie au Canada (6,5 %)⁵⁶ et aux taux de réadmission suivant une chirurgie bariatrique d'autres pays. Plus précisément, une étude britannique montre que 8 % des patients ayant subi une chirurgie bariatrique ont été réadmis de façon imprévue dans les 28 jours suivant l'intervention³⁵, tandis qu'une étude américaine indique un taux global de réadmission de 6,5 % dans les 30 jours suivant une chirurgie bariatrique⁵⁷.

iv. Année d'introduction de la version 2009 de la CIM-10-CA. Il n'est pas possible d'effectuer une analyse comparative des complications à partir des versions précédentes.

v. Les notes techniques, disponibles sur demande, contiennent le détail de la méthodologie.

Les complications de la chirurgie bariatrique

Introduction

La chirurgie de l'obésité est en train de modifier le paysage de la chirurgie viscérale et digestive. D'abord confidentielle, elle s'est répandue à bons nombres d'équipes même celles initialement sceptiques. Bénéficiant de son succès sur la perte de poids, la qualité de vie retrouvée des patients, mais surtout sur l'amélioration voire la résolution des comorbidités associées à cette maladie.

Parallèlement, la chirurgie bariatrique invite les différents acteurs impliqués dans cette prise en charge (chirurgiens, gastroentérologues, radiologues, urgentistes, endocrinologues, anesthésistes, réanimateurs) à en connaître les complications, dont la survenue sur terrain particulièrement fragile peut être d'évolution dramatique.

Les complications liées à la chirurgie bariatrique sont fonction du type de procédure réalisée.

Les plus pratiquées actuellement en France, comme dans le monde, sont l'anneau gastrique (LAGB), le *gastric bypass* (LGBP) et plus récemment la *sleeve gastrectomy* (LSG).

La dérivation biliopancréatique avec *duodenal switch* (BPD/DS) reste l'apanage d'équipes rompues à cette procédure complexe et particulière. La gastroplastie verticale calibrée (GVC ou intervention de Masson-McLean) est en perte de vitesse depuis l'avènement de l'anneau gastrique et aujourd'hui de la *sleeve gastrectomy*.

Nous ne verrons pour chacune d'elles que les principales complications.

Mortalité de la chirurgie bariatrique [1, 2]

Elle varie en fonction de la procédure. Dans la méta-analyse de Buchwald, la mortalité à 30 jours était de 0,1 % pour les procédures restrictives, 0,5 % pour le bypass et 1,1 % pour le BPD/DS [1].

Plus le geste est complexe, plus le risque est accru. La mortalité liée à l'anneau gastrique serait inférieure à la sleeve, elle-même inférieure au bypass.

En ce qui concerne les autres facteurs de risque, plusieurs études retrouvent un taux de mortalité supérieur associé à l'âge avancé, au sexe masculin et à la faible expérience chirurgicale (faible volume de procédure/chirurgien ou centre) [2, 3, 4].

Taux de réhospitalisation [2]

Dans une étude du registre national des États-Unis, le taux de réhospitalisation inattendue associée à la chirurgie bariatrique était de 6 à 9 % [5]. Une étude portant sur 24 678 patients retrouve pour le *gastric bypass* un taux de réhospitalisation de 20 % à 1 an, de 18 % à 2 ans, de 15 % à 3 ans. Les principales causes retrouvées liées à la procédure sont les hernies de parois et la réintervention sur l'estomac [6].

O. Emungania

Complications après chirurgie bariatrique

Elles peuvent être classées en deux groupes :

- 1) les troubles fonctionnels digestifs liés à une modification du tractus digestif et de sa physiologie (reflux gastro-œsophagien, nausées et vomissements, dysphagie, dumping syndrome, diarrhée, constipation) ;
- 2) les complications mécaniques liées au geste chirurgical (érosion ou glissement de l'anneau, dilatation du réservoir ou de l'œsophage, sténose anastomotique ou du réservoir, ulcère marginal, hémorragies, lâchage de la ligne d'agrafe, fistules, occlusions et hernies internes).

Complications des procédures restrictives

Gastroplastie verticale calibrée (GVC ou intervention de Masson)

Elle réalise un réservoir gastrique par un agrafage linéaire vertical parallèle à la petite courbure gastrique avec mise en place au pied de ce réservoir d'un anneau prothétique inextensible.

Elle donne de moins bons résultats que le *gastric bypass* spécialement chez les « sweet eaters » [7].

L'anneau gastrique, puis maintenant la *sleeve gastrectomy*, lui sont préférés malgré de moins bons résultats et des complications plus fréquentes pour l'anneau gastrique et pour la sleeve son côté irréversible [8].

■ D^r O. Emungania (✉)
Service de chirurgie générale, digestive et endocrinienne
CHU-Hôpital Nord, 13915 Marseille Cedex 20
E-mail : olivier.emungania@mail.ap-hm.fr

Utilise-t-il seulement les statistiques qu'il produit?

Dans ce cas, cela signifierait que le MSSS ne ferait pas de statistique au sujet de la chirurgie bariatrique.

Dans la décision de l'accès à l'information du MSSS on laisse croire qu'il utilise seulement leur statistique.

Voir pièce jointe: D-2 Réponse - Stat1b.pdf

« Le MSSS ne compile pas ces informations. »

Donc la question se pose: est-ce que le MSSS fait des statistiques ou il en fait pas?

Utilise-t-il celles qui sont produites par d'autres organismes?

Si oui

C'est qu'on ne veut pas m'en donner accès parce qu'elles ne sont pas assujetties à la loi d'accès à l'information.

En théorie:

En quoi, il serait utile d'avoir des statistiques sur la chirurgie bariatrique au Québec?

Le MSSS pourrait évaluer son efficacité cela non pas seulement pour justifier l'argent qu'il investit, mais pour aider les femmes à faire un consentement qui se doit d'être libre et éclairé, selon les articles 28 et 29 du Code de déontologie des médecins.

Selon la pièce jointe :
D-15 Chirurgies vouées à l'échec

Page 1

*«Jusqu'à 40% des chirurgies bariatriques vouées à l'échec
Ça ne donne rien 4 fois sur 10 »*

Coûteuses pour les contribuables

JUSQU'À 40% DES CHIRURGIES BARIATRIQUES VOUÉES À L'ÉCHEC

PAGES 2 ET 3

LUNDI 27 MARS 2017

50 ANS 1967 2017

LE JOURNAL

DE QUÉBEC

SANTÉ Chirurgies bariatriques

LES CHIRURGIES RÉALISÉES EN 2015-2016

Québec	Montréal	Coûts pour l'État en 2015-16
740	691	18,5 M\$

SOURCE: HUCPQ ET HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR

Temps d'attente moyen au Québec	Attente à Québec	Attente à Montréal
21 mois	Environ 2 semaines	Environ 50 semaines

SOURCE: MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

DEUX SOMMITÉS MÉDICALES

D^r SIMON MARCEAU

- Diplômé de l'Université Laval en médecine et en chirurgie générale.
- Fellowships en chirurgie bariatrique dans des hôpitaux affiliés au Harvard Medical School à Boston.
- Pratique à HUCPQ depuis 1998.
- Un des pionniers en matière de développement de la chirurgie bariatrique au Québec.
- Il fait environ 140 chirurgies bariatriques sur 600 par année.

D^r HENRI ATLAS

- Également de l'Université de Louvain (Belgique) en médecine.
- Pratique à Sacré-Coeur depuis 1970.
- Chef du service de chirurgie bariatrique de cet hôpital où l'on réalise le plus grand nombre de ce type d'opération à Montréal.
- Un des premiers à opérer par la chirurgie laparoscopique et à offrir tous les types de chirurgie bariatrique par laparoscopie.
- Il a effectué environ 212 chirurgies bariatriques en 2016.

LES QUATRE TYPES DE CHIRURGIES

- **Gastrectomie verticale**: opération qui consiste à retirer, par laparoscopie, la partie externe de l'estomac.
- **Bande gastrique**: anneau gastrique ajustable que l'on place autour de l'estomac pour en réduire la contenance.
- **Bypass gastrique**: opération où l'on réajuste le volume de l'estomac et on ajoute une dérivation avec le petit intestin afin d'amener la nourriture plus loin.
- **Dérivation bilio-pancréatique**: résection de l'estomac de 50 % à 60 %.

Ça ne donne rien 4 fois sur 10

L'absence de ressources mises à la disposition des patients pointée du doigt



AVANT 290 LIVRES



APRÈS 140 LIVRES



AUJOURD'HUI 197 LIVRES

Francine Naud a perdu près de 150 livres grâce à une chirurgie bariatrique effectuée en 2012, passant de 290 à 140 livres (voir texte ci-dessous). Or, son poids s'est mis à augmenter deux ans après l'intervention pour atteindre la barre des 197 livres alors qu'elle en fait aujourd'hui une véritable obsession jonglant avec des troubles alimentaires tels que des épisodes boulimiques.

Fort coûteuses pour les contribuables et accompagnées d'une imposante liste d'attente, jusqu'à 40 % des chirurgies bariatriques effectuées dans la province sont néanmoins un échec, affirment deux sommités québécoises en la matière.

Valérie Bidegaré
@VbidegaréJQQ

«La principale raison est que les patients perdent leurs bonnes habitudes après l'intervention», explique le D^r Henri Atlas, chef du Service de chirurgie bariatrique à l'Hôpital Sacré-Coeur de Montréal. On parle d'échec d'une chirurgie bariatrique lorsque celle-ci n'a pas permis à un patient obèse de perdre la moitié de son surpoids ou lorsqu'il reprend du poids dans les années qui suivent. Le degré d'échec varie toutefois en fonction du type de chirurgie effectuée, selon le D^r Simon Marceau, chef du département de chirurgie bariatrique à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ). «Ça varie de 5 % à 25 % selon le type d'opération et le temps où l'on prend la mesure», ajoute celui qui reconnaît aussi que le taux d'échec peut atteindre 40 % dans les 10 à 15 ans suivant l'opération.

RÉSEAU D'EXPERTS DÉFICIENT

Selon les deux experts, le taux d'échec serait plus élevé chez les patients ayant subi une gastrectomie verticale, l'une des quatre chirurgies effectuées au Québec (voir encadré). La situation est d'autant plus préoccupante qu'une chirurgie bariatrique pratiquée dans le réseau public coûte jusqu'à 6000\$ aux contribuables et que les délais tiennent les 2 ans.

Le taux d'échec d'un grand nombre de chirurgies bariatriques serait attribuable au manque de ressources mises à la disposition des patients à la suite de l'intervention.

«C'est une faille importante de notre système et je pense que ça doit être amélioré, dit le D^r Marceau. Le taux d'échec dépend de ce qu'on va donner comme soutien au patient.»

Le D^r Henri Atlas abonde dans le même sens. Il réclame un meilleur suivi avant, pendant et après l'opération et s'inquiète du «manque de nutritionnistes pour suivre tous les patients».

PRESSION SUR LE RÉSEAU

Une patiente a repris une bonne partie de son poids

VALÉRIE BIDEGARÉ
Le Journal de Québec
Quatre ans après avoir subi une chirurgie bariatrique, dans l'un de ses poids entraînant. Une situation qu'elle, si le soutien psychologique est absent. «Quand je me fais vomir, m'en veux, confie Francine. En juillet 2017, elle avait repris 57 livres.

une chirurgie bariatrique alors qu'elle pesait 290 livres. La gastrectomie lui avait permis d'atteindre la barre des 140 livres. Mais, deux ans après l'opération, elle a repris 57 livres.

nutritionniste de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Virginie Lacombe. «Le manque de suivi psychologique et nutritionnel serait responsable des échecs. Je pense que tout le monde devrait suivre une thérapie avant et après l'opération.»

Selon la pièce jointe : D-15 Chirurgies vouées à l'échec - 1/2

«Jusqu'à 40% des chirurgies bariatriques vouées à l'échec

Ça ne donne rien 4 fois sur 10

Journal de Québec lundi 27 mars 2017 page 3»

<https://www.journaldequebec.com/2017/03/27/ca-ne-donne-rien-4-fois-sur-10>

Les chirurgies de l'obésité sont-elles efficaces ?

Le Dr Jimmy Mohamed répond en disant : « Cette chirurgie ne marche pas dans 100% du temps. Un taux d'échec de 50% à 5 ans est relevé.

D-15 Chirurgies vouées à l'échec (Stat1o.pdf) - 2/3

<https://www.rtl.fr/actu/sante/les-chirurgies-de-l-obesite-sont-elles-efficaces-7900359436>

The screenshot shows the RTL website interface. At the top, there is a red navigation bar with the RTL logo, menu items (Actu, Radios, Grille, Podcasts), and buttons for 'Écouter le direct', user profile, and search. The main article title is 'Les chirurgies de l'obésité sont-elles efficaces ?'. Below the title is a sub-headline: 'À l'occasion de la journée mondiale de l'obésité, Jimmy Mohamed fait le point sur l'efficacité des chirurgies de l'obésité et rappelle que le meilleur des traitements reste la prévention.' The main text begins with 'Cette chirurgie ne marche pas dans 100% du temps. Un taux d'échec de 50% à 5 ans est relevé. Car elle requiert un suivi médical, chirurgical et diététique à vie. L'estomac, même réduit de ces 2/3, est en mesure de reprendre sa taille presque initiale. C'est pourquoi il n'existe à l'heure actuelle aucun traitement miracle de l'obésité. Le meilleur des traitements restera encore et toujours la prévention.' A red arrow points to the underlined sentence: 'C'est pourquoi il n'existe à l'heure actuelle aucun traitement miracle de l'obésité. Le meilleur des traitements restera encore et toujours la prévention.' To the right, there is a sidebar with the text 'Perte de poids : Boire ceci aide à brûler la graisse tenace' and 'Actualités santé', along with a 'Recommandé par Outbrain' logo. At the bottom right of the article content, it says 'A LIRE AUSSI'.

RTL Info

publié le 04/03/2024 à 09:14

Selon la pièce jointe :

D-15 Chirurgies vouées à l'échec (Stat1o.pdf) - 2/3

Les chirurgies de l'obésité sont-elles efficaces ?

Le Dr Jimmy Mohamed répond en disant : « Cette chirurgie ne marche pas dans 100% du temps. Un taux d'échec de 50% à 5 ans est relevé. Car elle requiert un suivi médical, chirurgical et diététique à vie. L'estomac, même réduit de à ces 2/3, est en mesure de reprendre sa taille presque initiale. C'est pourquoi il n'existe à l'heure actuelle aucun traitement miracle de l'obésité. Le meilleur des traitements restera encore et toujours la prévention.

Actualités & Opinions

Sur le long terme, la chirurgie bariatrique ne serait pas « économique »

Aude Leclubier
AUTEURS ET DÉCLARATIONS | 26 février 2013

Pas d'économies de santé à long terme avec la chirurgie bariatrique

D'après l'analyse d'une compagnie d'assurance américaine, la chirurgie bariatrique n'induit pas d'économies de santé dans les 6 ans qui suivent l'opération quel que soit le type d'intervention pratiqué.

Baltimore, Etats-Unis --Avec la montée de l'obésité morbide, la chirurgie bariatrique est en plein essor et fait l'objet de plus en plus d'attentions. Alors qu'en France, l'Assurance Maladie a décidé de surveiller de près la chirurgie bariatrique et ses pratiques, Outre-Atlantique, l'analyse d'une compagnie d'assurance privée américaine montre qu'elle ne permet pas de

Selon la pièce jointe D-15 Chirurgies vouées à l'échec (Stat1o.pdf) - 3/3

Aude Leclubier écrit dans la revue Medspace 26 février 2013:

« Pas d'économies de santé à long terme avec la chirurgie bariatrique

D'après l'analyse d'une compagnie d'assurance américaine, la chirurgie bariatrique n'induit pas d'économies de santé dans les 6 ans qui suivent l'opération quel que soit le type d'intervention pratiqué. »

Subir la chirurgie bariatrique constitue un choix. Les statistiques donnent une information pertinente qui aide à prendre une décision.

En fin compte, l'accès à l'information du MSSS aurait dû me faire parvenir une étude statistique. Dans cette étude, il y aurait une partie de définition des termes.

Car, pour bien interpréter des statistiques, il faut connaître le sujet ou savoir de quoi on parle.

Avec la chirurgie bariatrique le MSSS paie pourquoi au juste ?

Comment agit la chirurgie bariatrique sur le corps ?

Est-ce qu'elle traite vraiment des maladies ou ne fait que faire perdre du poids?

Est-ce que le MSSS paie que pour une méthode d'amaigrissement ?

Dans cette étude statistique, on définirait les termes suivants.

qu'est-ce qu'un traitement ?

une rémission ?

un facteur de risque ?

une guérison ?

une complication opératoire ?

une complication post-opératoire ?

une complication à long terme ?

une conséquence ?

Est-ce qu'un facteur de risque cela se traite ?

Est-ce que l'obésité se définit comme une maladie ou un facteur de risque?

Est-ce que l'estomac est responsable l'obésité ?

Dans la pièce jointe D-16 L'impression d'avoir assez mangé

On en donne une partie de la réponse

L'impression d'avoir assez mangé ne vient pas de l'estomac, comme on le croyait

Alain Labelle Publié le 19 novembre 2019 à 16 h 13 HAE
Radio-Canada Info



INFO

Sections

Accueil | Info | Science | Médecine

L'impression d'avoir assez mangé ne vient pas de l'estomac, comme on le croyait

L'impression d'avoir mangé à sa faim ne vient pas de l'estomac, comme il était largement convenu jusqu'à aujourd'hui. Explications.



Quelles sont les données statistiques qu'il serait intéressant d'obtenir pour l'année 2021?

En premier lieu, la seule statistique incontestable: est que dans 100% des cas la chirurgie bariatrique fait perdre du poids.

En général, il serait intéressant de connaître :

Le profil des personnes avant la chirurgie.

Quel est le nombre de personnes :

- qui avaient le diabète de type 2;
- qui avaient l'hypertension artérielle;
- qui avaient une maladies cardio-vasculaires;

Quel est le nombre de personnes qui n'avaient aucun symptôme ?

Selon la pièce jointe : D-17 Un chirurgien sur trois

D-17 Un chirurgien sur trois (Stat1q.pdf)

<https://www.7sur7.be/sante-et-bien-etre/un-chirurgien-sur-trois-pret-a-une-chirurgie-de-l-obesite-sans-raison-medicale~ac340255/>

Un chirurgien sur trois prêt à une chirurgie de l'obésité sans raison médicale

Magazine 7 sur 7 Redactie 01-04-09, 17:54

Dernière mise à jour: 03-05-19, 17:29



7sur7 ACTU SHOW SPORT LIFESTYLE VIDEO Q

notre intestin?

- 22-02 Des plaquettes aux gouttières: voici comment aligner ses dents à l'âge adulte (...)
- 20-02 Comment se débarrasser de son double menton? "Une opération n'est pas..."

VOIR PLUS D'ARTICLES

LES PLUS LUS

Un chirurgien sur trois prêt à une chirurgie de l'obésité sans raison médicale

Redactie 01-04-09, 17:54 Dernière mise à jour: 03-05-19, 17:29

Quel est le nombre de personnes ayant été déclarées déficientes intellectuelles ?

Les complications:

Quel est le nombre de complications opératoires, post-opératoires ? et à long terme ?

Les décès:

Quel est le nombre décès opératoires ?

Comme par exemple avec la pièce jointe : D-18 Une jeune femme décède
D-18 Une jeune femme décède (Stat1r.pdf)

<https://beninwebtv.com/chirurgie-bariatrique-une-jeune-femme-decede-en-pleine-operation-de-perde-de-poids-image/>

Chirurgie bariatrique: **Une jeune femme décède en pleine opération de perte de poids**

Par Josué KPOGLA-ANAGO - 4 avril 2023 à 12:57

Chirurgie bariatrique: Une jeune femme décède en pleine opération de perte de poids (image)

Société

Par Josué KPOGLA-ANAGO 4 avril 2023 à 12:57 1 min. de temps de lecture

Accueil » News - Infos » Société » Chirurgie bariatrique: Une jeune femme décède en pleine opération de perte de poids (image)



Quel est le nombre décès post-opératoires ?

Quel est le nombre décès à long-terme ?

Comme par exemple avec la pièce jointe : D-19 Lisa Marie Presley

D-19 Lisa Marie Presley (Stat1s.pdf)

https://www.doctissimo.fr/nutrition/obesite/chirurgie-de-lobesite/chirurgie-bariatrique-lisa-marie-presley-serait-morte-dune-complication-de-cette-operation/05db7c_ar.html

Chirurgie bariatrique : Lisa Marie Presley serait morte d'une complication de cette opération

Publié le 18/07/2023 à 15h35 , mis à jour le 18/07/2023 à 15h35

Lecture 2 min.



Sihem Boultif
Journaliste santé

en collaboration avec Guillaume Pourcher (Chirurgien de l'obésité)



Les résultats de l'autopsie qu'a subi Lisa Marie Presley viennent d'être dévoilés : elle aurait succombé à une occlusion de l'intestin grêle. Une complication tardive possible de la chirurgie bariatrique, comme nous l'explique le Dr Guillaume Pourcher, chirurgien de l'obésité et responsable du Centre de l'obésité à l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris.

Chirurgie bariatrique :

Lisa Marie Presley serait morte d'une complication de cette opération

Doctissimo -Publié le 18/07/2023 à 15h35 , mis à jour le 18/07/2023 à 15h35

Les résultats de l'autopsie qu'a subi Lisa Marie Presley viennent d'être dévoilés : elle aurait succombé à une occlusion de l'intestin grêle. Une complication tardive possible de la chirurgie bariatrique, comme nous l'explique le Dr Guillaume Pourcher, chirurgien de l'obésité et responsable du Centre de l'obésité à l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris.

Il serait intéressant de connaître, pour cette même période de temps, des données plus spécifiques encore tel que:

Les conséquences physiques:

1- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec la malabsorption des vitamines et des minéraux ?

Voir pièce jointe:

D20 Les déficits vitaminiques

«Les déficits vitaminiques après chirurgie gastrique»

D20 Les déficits vitaminiques (Stat1t.pdf)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1957255708748909>

Les déficits vitaminiques après chirurgie gastrique

ScienceDirect - Volume2 issue 5, October 2008, Pages 484-488

The screenshot shows the ScienceDirect interface for the article 'Les déficits vitaminiques après chirurgie gastrique'. The page includes a navigation menu on the left with options like 'Article preview', 'Abstract', and 'References'. The main content area features the article title, authors (C. Poitou and C. Ciangura), and a brief abstract. On the right, there are 'Recommended articles' and 'Article Metrics' sections. The ScienceDirect logo and search bar are visible at the top.

2- Quel le nombre de personnes qui ont été au aux prises avec des brûlements d'estomac ?

3- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec des reflux gastriques ?

Voir pièce jointe : D-14 Les complications de la chirurgie

« *Les complications de la chirurgie bariatrique Page 64* »

4- Quel est le nombre de personnes ont été aux prises avec de l'intolérance à certains aliments ?

5- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec de l'incontinence ?

Voir pièce jointe

D-14 Les complications de la chirurgie Page 61

6- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec et la diarrhée quand ils mangent des aliments contenant du gras ?

Voir pièce jointe D-14 Les complications de la chirurgie Page 61

7- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec de la déshydratation ?

Voir pièce jointe D-14 Les complications de la chirurgie Page 56

8- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec une pneumonie ?

9- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec une mauvaise haleine ?

10- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec des caries dentaires ?

Voir pièce jointe :

D-21 Bariatric surgery tied

Bariatric surgery tied to increased vomiting, acid reflux and risk of dental erosion

D-21 Bariatric surgery tied (Stat1u.pdf)

<https://medicaldialogues.in/dentistry/news/bariatric-surgery-tied-to-increased-vomiting-acid-reflux-and-risk-of-dental-erosion-97754>



Medical dialogues

Dr. Shravani Dali, Dr. Kamal Kant Kohli Publishrd on 21 Aug 2022

Bariatric surgery tied to increased vomiting, acid reflux and risk of dental erosion

Bariatric surgery is associated with dental erosion suggests a recent study published in the International Dental Journal. Treatment of obesity by bariatric surgery has increased in recent years. Reported side effects that may predispose to dental erosion include reflux, vomiting, and an increased frequency of intake of food and drink. The aim was to investigate long-term...

Les conséquences psychologiques:

- 1- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec de l'anxiété ?
- 2- Quel est le nombre de personnes ont été aux prises avec des maux de tête et de la migraine ?
- 3- Quel est le nombre de personnes ont été aux prises avec une baisse de sérotonine qui leur fait vivre de l'insomnie et des périodes dépressives ?

Voir pièce jointe : D-22 Changements de personnalité

Changements de personnalité après une chirurgie bariatrique

D-22 Changements de personnalité (Stat1v.pdf)

<https://www.centreobesite.fr/details-changements+de+personnalite+apres+une+chirurgie+bariatrique-346.html>

Centre de l'Obésité et de la Nutrition Changements de personnalité après une chirurgie bariatrique



PRENDRE RDV PROGRAMME ALLURION

Centre de l'Obésité et de la Nutrition

Centre de l'Obésité et de la Nutrition > Intervention & parcours de soin > Parcours de soin > Changements de personnalité après une chirurgie bariatrique

Centre de l'Obésité et de la Nutrition

Changements de personnalité après une chirurgie bariatrique

Des changements d'humeur

La science de l'humeur est compliquée. Votre humeur est influencée par un large éventail de facteurs. L'un de ces facteurs est la sérotonine, un neurotransmetteur produit par le cerveau.

En raison de la chirurgie, votre régime alimentaire devient beaucoup plus restrictif. Ce régime restrictif réduit la quantité de glucides que vous pouvez absorber, ce qui entraîne une baisse des niveaux de sérotonine.

Une diminution de la sérotonine peut provoquer des symptômes dépressifs. Vous pouvez également faire face à des sautes d'humeur en raison de votre régime pauvre en glucides.

Des changements d'humeur

La science de l'humeur est compliquée. Votre humeur est influencée par un large éventail de facteurs. L'un de ces facteurs est la sérotonine, un neurotransmetteur produit par le cerveau.

En raison de la chirurgie, votre régime alimentaire devient beaucoup plus restrictif. Ce régime restrictif réduit la quantité de glucides que vous pouvez absorber, ce qui entraîne une baisse des niveaux de sérotonine.

Une diminution de la sérotonine peut provoquer des symptômes dépressifs. Vous pouvez également faire face à des sautes d'humeur en raison de votre régime pauvre en glucides.

Maintenant parlons des complications physiques:

1- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec une carence en minéraux et en vitamine D, qui fragilisent leurs os ?

Voir pièce jointe : D-23 Perte osseuse

« Perte osseuse après chirurgie bariatrique : un risque à prendre en considération »

D-23 Perte osseuse (Stat1w.pdf)

<https://francais.medscape.com/voirarticle/3610349?form=fpf>

POINT DE VUE

Perte osseuse après chirurgie bariatrique : un risque à prendre en considération

Dre Madhusmita Misra - AUTEURS ET DÉCLARATIONS 16 août 2023



The screenshot shows the Medscape website interface. At the top, there is a navigation bar with the Medscape logo and a search icon. Below the navigation bar, there are two tabs: 'ACTUALITÉS & OPINIONS' (selected) and 'FORMATION MÉDICALE CONTINUE'. The main content area displays the article title 'Perte osseuse après chirurgie bariatrique : un risque à prendre en considération' in a large, bold font. Below the title, the author's name 'Dre Madhusmita Misra' and the date '16 août 2023' are visible. The article text begins with the subheading 'Impact de la chirurgie bariatrique sur la santé osseuse' and discusses the effects of sleeve gastrectomy, RYGB, and BPD-DS on bone density and fracture risk.

Impact de la chirurgie bariatrique sur la santé osseuse

De nombreuses études menées chez des adultes et des adolescents ont démontré que la sleeve gastrectomie, le RYGB et le BPD-DS (mais pas l'anneau gastrique) sont associés à une diminution de la densité osseuse, une altération de la structure osseuse et une réduction des estimations de la force au fil du temps [1,2,3]. Le risque relatif de fracture après RYGB et BPD-DS serait de 1,2 à 2,3 (soit 20 à 130 % de plus que la normale), tandis que le risque de fracture après sleeve gastrectomy fait encore l'objet d'études dont les résultats sont parfois contradictoires.

Le risque de fracture commence à augmenter deux à trois ans après l'opération et atteint son maximum 5 ans plus tard. La plupart des données relatives aux fractures proviennent d'études menées chez des adultes.

2- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec la perte de cheveux ?

Voir pièce jointe : D-24 Chirurgie de l'obésité

D-24 Chirurgie de l'obésité (Stat1x.pdf)

https://www.fmcgastro.org/textes-postus/no-postu_year/chirurgie-de-lobesite-risques-et-gestion-des-complications/

Les **déficiences vitaminiques et en sels minéraux** sont fréquentes, d'autant plus que la population obèse est souvent carencée dans la période pré-opératoire.

Les carences les plus fréquentes à rechercher sont :

88

Chirurgie de l'obésité : Risques et gestion des complications Pages 88

- le **fer** (15 %) avec anémie ferriprive. La supplémentation pré-opératoire est nécessaire, et le recours au fer intra-veineux en postopératoire est fréquent ;
- le **calcium** (> 20 %) et la **vitamine D** (> 40 %), souvent associées à une augmentation de la PTH par résorption osseuse (> 20 %) ;
- la **vitamine A** (21 %), pouvant se traduire par des troubles de la vision nocturne, une peau sèche, une chute de cheveux : la supplémentation en postopératoire est systématique ;
- la **vitamine E**, souvent tardive, se traduisant par une ataxie cérébelleuse avec faiblesse musculaire, anémie hémolytique et le « brown bowel syndrome » ;
- la **vitamine K**, liposoluble, avec chute spontanée du TP ;
- la **vitamine B12**, associée à une anémie macrocytaire, due à un déficit en facteur intrinsèque et une baisse de l'acidité gastrique (après sleeve et utilisation d'Inhibiteurs de la Pompe à Protons).

La **carence en thiamine** (vitamine B1) est plus rare mais grave car à l'origine du béribéri avec tableau de polyradiculonévrite, insuffisance cardiaque ou encéphalopathie de Gayet-Wernicke. Elle est retrouvée dans les situations de vomissements intenses. Elle nécessite une supplémentation en thiamine, en évitant la perfusion de glucose qui aggrave le déficit.

D'autres carences plus rares mais parfois lourdes de conséquence peuvent survenir : carences en acide folique (B9), vitamine B6, cuivre, zinc, sélénium, magnésium, phosphate.

3- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec l'amincissement des cheveux ?

4- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec un problème de peau sèche ?

5- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec des problèmes neurologiques, dus à la carence en vitamine B12 ?

Voir pièce jointe :

D-25 Complications neurologiques

Complications neurologiques après une chirurgie bariatrique:

COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES APRES UNE CHIRURGIE BARIATRIQUE: Quand y penser? Comment les reconnaître?

CHU
ROUEN NORMANDIE

Linda ZOURDANI (DES neurologie)

UNIVERSITE
DE ROUEN

Prévalence variable selon les études :

- ▶ 23 patients sur 500 (4,6%) Abubakar JM et al. Neurologic complications after gastric restriction surgery for morbid obesity. Neurology (1987).
- ▶ 48 patients sur 553 (8,6%) Thaisethawattal P et al. A controlled study of peripheral neuropathy after bariatric surgery. Neurology (2004)
- ▶ 15 patients sur 451 (3%) Hassain A, Alghutani et al. Neurological complications of bariatric surgery. Neurosciences (2016)
- ▶ 1,18% (Tabbara, 2016)

Neuropathie optique



- Baisse d'acuité visuelle bilatérale progressive
- Altération précoce de la vision des couleurs
- Edème papillaire bilatéral, scotome central

6- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec de l'anémie due à une carence en fer ?

Voir pièce jointe: D-24 Chirurgie de l'obésité Pages 88

7- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec la formation de pierres aux reins, en raison d'un déséquilibres dans l'absorption de l'oxalate de calcium ?

Voir pièce jointe : D-26 Insuffisance rénale

D-26 Insuffisance rénale (Stat1z.pdf)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1769725510002178>

ScienceDirect

Néphrologie & Thérapeutique

Volume 7, Issue 1, February 2011, Pages 38-45

Chirurgie bariatrique, lithiase oxalo-calcique et insuffisance rénale par néphropathie oxalique
Bariatric surgery, calcium oxalate urinary stones and oxalate nephropathy

The screenshot shows the ScienceDirect interface for the article. At the top, there is the ScienceDirect logo and navigation icons. Below that, a blue bar contains 'Access through your institution' and 'Patient Access'. The main content area features the journal title 'Néphrologie & Thérapeutique' with the Elsevier logo and a small journal cover image. The article title is prominently displayed in large black font, followed by the authors' names: Richard Montagnac, Adeline Schendel, Vincent Vuiblelet, Bruno Peilleron, and Olivier Plot. To the right, a 'Recommended articles' section lists three related articles with their titles and authors. At the bottom of the article section, there is a 'Show 3 more articles' link.

8- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec un faible taux de sucre dans le sang ?

9- Quel est le nombre de personnes ont été aux prises avec une hernie interne ?

Voir pièce jointe : D-24 Chirurgie de l'obésité *Pages 85*

10- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec des calculs biliaires ?

Voir pièce jointe : D-27 Prévention de la lithiase

«Prévention de la lithiase biliaire et de ses complications après chirurgie bariatrique»

D-27 Prévention de la lithiase (Stat2a.pdf)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878786X10001130>

Scencedirect

Prévention de la lithiase biliaire et de ses complications après chirurgie bariatrique
Cholelithiasis and bariatric surgery

The screenshot shows the ScienceDirect interface. At the top, there is a search bar and a menu icon. Below the navigation bar, there are three buttons: 'Access through your institution', 'Purchase PDF', and 'Patient Access'. The main content area features the journal logo for 'Journal de Chirurgie Viscérale' (Volume 147, Issue 4, August 2010, Pages 278-281) and the Elsevier logo. The article title is 'Prévention de la lithiase biliaire et de ses complications après chirurgie bariatrique' with the subtitle 'Cholelithiasis and bariatric surgery'. The authors listed are A. Desbeaux, F. Hec, S. Andrieux, A. Fayard, R. Bresson, M.-H. Pruvot, and E. Mulliez. To the right, there is a 'Recommended articles' section with two entries: 'Traitement laparoscopique de la lithiase de la voie biliaire...' and 'Chirurgie bariatrique et alimentation'. At the bottom, there is a 'Show 3 more articles' link.

11- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec un écoulement; à l'endroit de la cicatrice sur l'estomac ?

Voir pièce jointe : D-28 Qu'est-ce qu'une fuite

D-28 Qu'est-ce qu'une fuite (Stat2b.pdf)

<https://www.ixoralifeclinic.com/fr/symptomes-de-fuite-apres-la-chirurgie-de-la-manche-gastrique/>

Ixora Life Clinic > Blog > Symptômes de fuite après la chirurgie de la manche gastrique

Qu'est-ce qu'une fuite après une sleeve gastrique?



12- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec un rétrécissement des ouvertures de l'estomac ?

13- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec le dumping syndrome: les aliments vont directement dans le gros intestin sans être digérés ?

Voir pièce jointe : D-24 Chirurgie de l'obésité Pages 86

14- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec l'hypoglycémie hyper-insulinémique ?

Voir pièce jointe : D-24 Chirurgie de l'obésité Pages 86

15- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec une perte osseuse ?

Parlons des complications psychologiques:

1- Quel est le nombre de personnes qui ont développé une dépendance telle que l'alcoolisme ?

Voir pièce jointe : D-29 Un risque accru de dépendance

«Chirurgie bariatrique: un risque accru de dépendance à l'alcool»

D-29 Un risque accru de dépendance (Stat2c.pdf)

<https://www.planetesante.ch/Magazine/Medicaments-examens-et-traitements/Chirurgie-de-l-obesite/Chirurgie-bariatrique-un-risque-accru-de-dependance-a-l-alcool>

Chirurgie bariatrique: un risque accru de dépendance à l'alcool

Le site de santé Planetesante.
Dernière mise à jour 11/07/18 | Article

The screenshot shows the Planetesante website interface. On the left is a vertical navigation menu with categories like 'planète santé', 'MAGAZINE', 'MALADIES', 'MALADIES ENFANTS', 'SYMPTOMES', 'DROIT ET SANTÉ', and 'MIEUX VIVRE'. The main content area features the article title 'CHIRURGIE BARIATRIQUE: UN RISQUE ACCRU DE DÉPENDANCE À L'ALCOOL' in large blue letters. Below the title is a sub-header 'Dernière mise à jour 11/07/18 | Article' and a row of social media sharing icons. A large image of a snifter glass with brandy is displayed. To the right of the image are sections for 'ADAPTATION' (listing Aurélia Brégnac) and 'EXPERTS'. At the bottom, a text box states: 'Enjeu de santé publique, l'obésité engendre des complications métaboliques et cardiovasculaires. La chirurgie bariatrique est le principal traitement pour y remédier. Mais elle présente des risques, dont la survenue d'une dépendance à l'alcool.'

2- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec une dépression ?

3- Quel est le nombre de personnes qui on fait une tentative de suicide ?

Voir pièce jointe : D-30 Chirurgies décevantes

D-30 Chirurgies bariatriques décevantes (Stat2d.pdf)

<https://journalmetro.com/actualites/national/853576/chirurgies-bariatriques-decevantes-et-suicides/>

Chirurgies bariatriques décevantes et suicides

Rédaction - La Presse Canadienne 7 octobre 2015 à 13h19

☰ 🔍 **Métro**

NATIONAL ♥ SOUTENEZ

Chirurgies bariatriques décevantes et suicides



Photo: Getty Images/iStockphoto

Rédaction - La Presse Canadienne
7 octobre 2015 à 13h19 - Mis à jour 7 octobre 2015 à 13h22 2 minutes de lecture

TORONTO – Les gens qui ont recours à la chirurgie bariatrique pour perdre du poids mais qui constatent ensuite des résultats décevants courent plus de risques de suicide au cours de l'année qui suit l'intervention, selon une étude récente.

L'étude, menée en Ontario auprès d'un groupe de patients trois ans avant l'opération et trois ans après, conclut que pour une petite proportion d'entre eux, le risque de tentatives de suicide augmentait de 54 pour cent après la chirurgie bariatrique.

L'étude, menée en Ontario auprès d'un groupe de patients trois ans avant l'opération et trois ans après, conclut que pour une petite proportion d'entre eux, le risque de tentatives de suicide augmentait de 54 pour cent après la chirurgie bariatrique.

Parlons des complications graves:

1- Quel est le nombre de personnes qui ont été aux prises avec des caillots sanguins ?

2- Quel est le nombre de personnes qui sont décédées suite à une embolie pulmonaire ?

Voir pièce jointe : D-14 Les complications de la chirurgie page 58

3- Quel est le nombre de personnes qui ont eu un choc septique ?

Voir pièce jointe : D-24 Chirurgie de l'obésité page 52

4- Quel est le nombre de personnes qui ont eu un dysfonctionnement ventriculaire ?

5- Quel est le nombre de personnes qui ont eu une fistule gastrojénale ?

Voir pièce jointe : D-14 Les complications de la chirurgie page 58

6- Quel est le nombre de personnes qui ont eu un syndrome de la canne en bonbon ?

Voir pièce jointe : D-31 Candy cane syndrome

D-31 Candy cane syndrome (Stat2e.pdf)

<https://www.wftv.com/news/local/candy-cane-syndrome-central-florida-woman-recovers-rare-gastric-bypass-complication/T4SKXKDOXVDZJJBFTN5O4CEF2Q/>

'Candy cane syndrome': Central Florida woman recovers from rare gastric bypass complication

WFTV 9 december 2023

The screenshot shows the top portion of a news website. At the top, there is a banner for 'EXPERT INJURY ATTORNEYS' featuring a portrait of Todd Miner and the text 'TODD MINER LAW EXPERT INJURY ATTORNEYS'. Below this is the WFTV 9 logo and navigation menu including 'NEWS', 'WEATHER', 'EYE ON THE TROPICS', 'VIDEO', '9 INVESTIGATES', 'ACTION 9', 'TRAFFIC', and 'SPORTS'. The main content area features a video player with a thumbnail showing a woman in a red top and a man in a white lab coat. The video title is 'Video: 'Candy cane syndrome': Central...' and the description reads 'A woman in Central Florida says for more than a decade eating and drinking was nearly impossible.' To the right of the video player are 'Live Streams' for 'WFTV NOW' and '24/7 NEWS'. Below the video player is a large article header with the text 'LOCAL' and the main title 'Candy cane syndrome': Central Florida woman recovers from rare gastric bypass complication'. A video player thumbnail is shown with the text 'NOW PLAYING ABOVE' overlaid on it. Below the thumbnail is a short description of the video content.

7- Quel est le nombre de personnes qui ont eu une encéphalopathie de Wernicke ?

Voir pièce jointe D-24 Chirurgie de l'obésité page 88

8- Quel est le nombre de personnes qui ont eu leurs organes transformés en béton ?

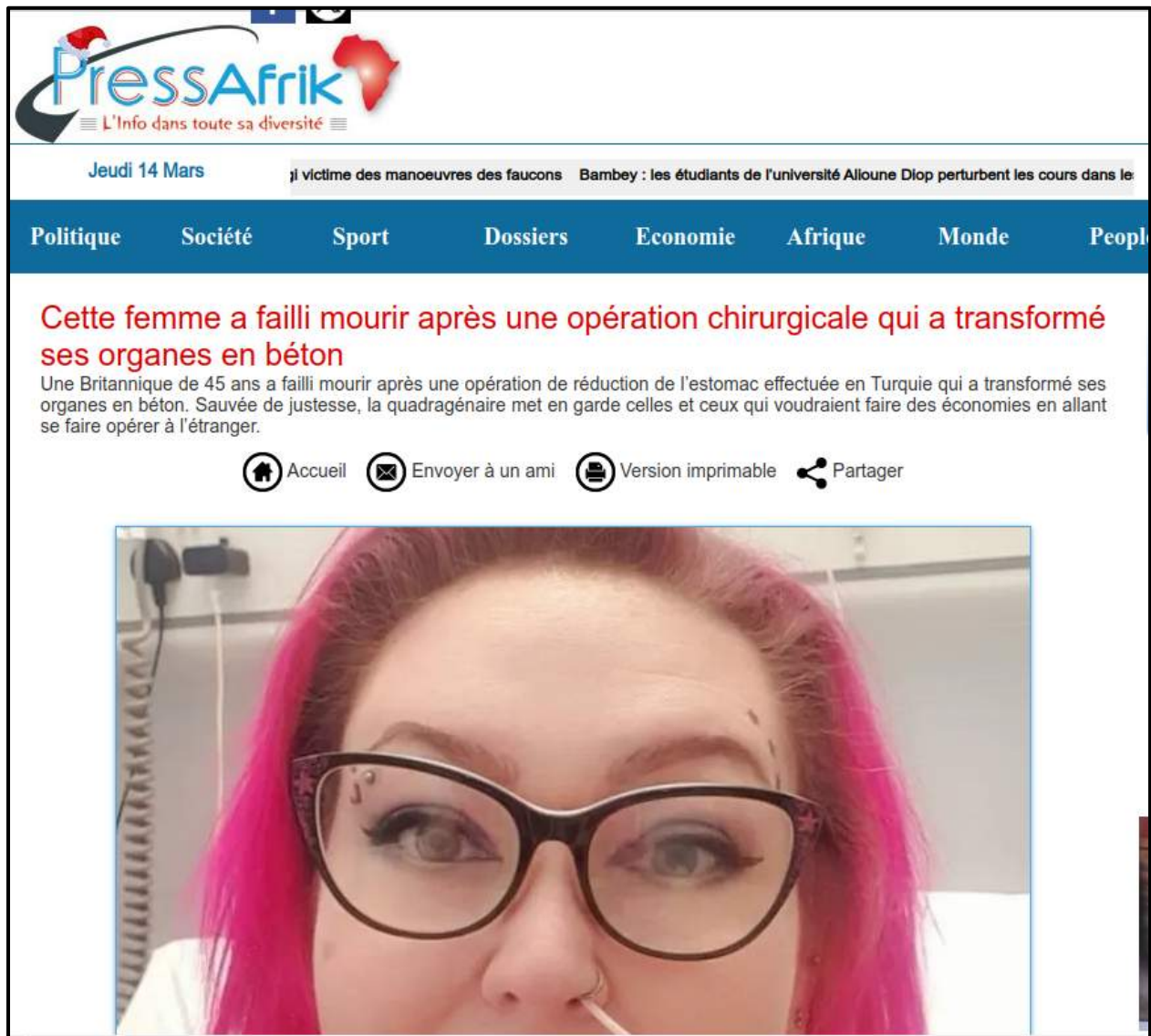
Voir pièce jointe : D-32 Une Britannique de 45 ans

D-32 Une Britannique de 45 ans (Stat2f.pdf)

https://www.pressafrik.com/Cette-femme-a-failli-mourir-apres-une-operation-chirurgicale-qui-a-transforme-ses-organes-en-beton_a254109.html

Une Britannique de 45 ans a failli mourir après une opération de réduction de l'estomac effectuée en Turquie qui a transformé ses organes en béton

.press afrik



PressAfrik
L'Info dans toute sa diversité

Jeudi 14 Mars

ji victime des manoeuvres des faucons Bambey : les étudiants de l'université Alloune Diop perturbent les cours dans le

Politique Société Sport Dossiers Economie Afrique Monde Peopl

Cette femme a failli mourir après une opération chirurgicale qui a transformé ses organes en béton

Une Britannique de 45 ans a failli mourir après une opération de réduction de l'estomac effectuée en Turquie qui a transformé ses organes en béton. Sauvée de justesse, la quadragénaire met en garde celles et ceux qui voudraient faire des économies en allant se faire opérer à l'étranger.

Accueil Envoyer à un ami Version imprimable Partager

9- Quel est le nombre de personnes qui ont eu l'estomac obstrué ?

10- Quel est le nombre de personnes qui sont aux prises avec une malabsorption orale du potassium ?

Voir pièce jointe :

D-33 Oral Potassium Malabsorption

D-33 Oral Potassium Malabsorption (Stat2g.pdf)

<https://www.cureus.com/articles/99794-oral-potassium-malabsorption-following-bariatric-surgery#!/>

Oral Potassium Malabsorption Following Bariatric Surgery

Published: August 30, 2022

Cureus

The image shows a screenshot of a web page from Cureus, a platform for medical case reports. The page features a dark blue background with a glowing, abstract representation of a human digestive system. At the top left, the Cureus logo is visible, along with the text 'Part of SPRINGER NATURE GROUP'. A user profile icon is in the top right. The main content area is a white card with the title 'Oral Potassium Malabsorption Following Bariatric Surgery' and the label 'Case Report'. Below the title are icons for a heart and a speech bubble. The authors are listed as 'Neslida Kodra', 'Raphael Khella', 'Brian G. Nudelman', and 'Bryan Dawkins'. The publication date is 'August 30, 2022' and the DOI is '10.7759/cureus.28607'. A 'Peer-Reviewed' badge is present. At the bottom, the citation information is provided: 'Cite this article as: Kodra N, Khella R, Nudelman B G, et al. (August 30, 2022) Oral Potassium Malabsorption Following Bariatric Surgery. Cureus 14(8): e28607. doi: 10.7759/cureus.28607'. A vertical sidebar on the right contains icons for PDF, globe, mail, share, and social media.

Les carences sévères en potassium peuvent mettre la vie en danger et nécessiter une hospitalisation où les niveaux sont surveillés tout au long du traitement pour garantir une bonne absorption. Par conséquent, la détection et le traitement précoces des carences en potassium sont essentiels pour minimiser les conséquences pour les patients après l'intervention chirurgicale.

11- Quel est le nombre de personnes qui sont aux prises avec une fibrillation auriculaire incidente ?

La complication psychologique grave

1- Quel est le nombre de personnes qui se sont suicidées ?
Voir pièce jointe : D-34 Complication psychologique grave

D-34 Complication psychologique grave (Stat2h.pdf)

<https://www.985fm.ca/audio/513257/12-ans-apres-une-chirurgie-bariatrique-elle-s-enleve-la-vie>



12 ans après une chirurgie bariatrique, elle s'enlève la vie
FM 98,5 le 6 octobre 2022 16:15

<https://www.journaldemontreal.com/2022/10/05/maryse-deraiche-le-deces-dune-femme-authentique>

Maryse Deraîche: le décès d'une femme authentique

Journal de Montréal Mercredi, 5 octobre 2022



Conclusion

La chirurgie bariatrique est une opération lourde. qui comporte des risques pour la santé et la qualité de vie des personnes qui la subissent.

S'il est vrai que le MSSS ne compile pas le nombre d'hommes et de femmes ayant subie l'opération, qu'il ne compile pas le nombre de décès et qu'il ne compile pas le nombre de complications graves, cela signifie que le MSSS prends ce type chirurgie à la légère.

Pourquoi, ai-je obtenu ces informations en faisant la même demande à l'accès à l'information en 2012 (Med-Écho) ? Le MSSS n'aurait plus ces informations aujourd'hui, dans sa base de données?

Voir pièce jointe : D-3 Demande de révision

Chirurgies bariatriques réalisées au Québec			
2011-2012			
Femmes	Hommes	Décès	Total
1 399	504	1	1 903

Extrait de Med-Écho
2012.10.22
DGSSMU

Chirurgies bariatrique réalisées au Québec
2011-2012

Femmes 1 399
Hommes 504
Dèces 1
Total 1 903

Extrait de Med-Écho
2012-10-22
DGSSMU

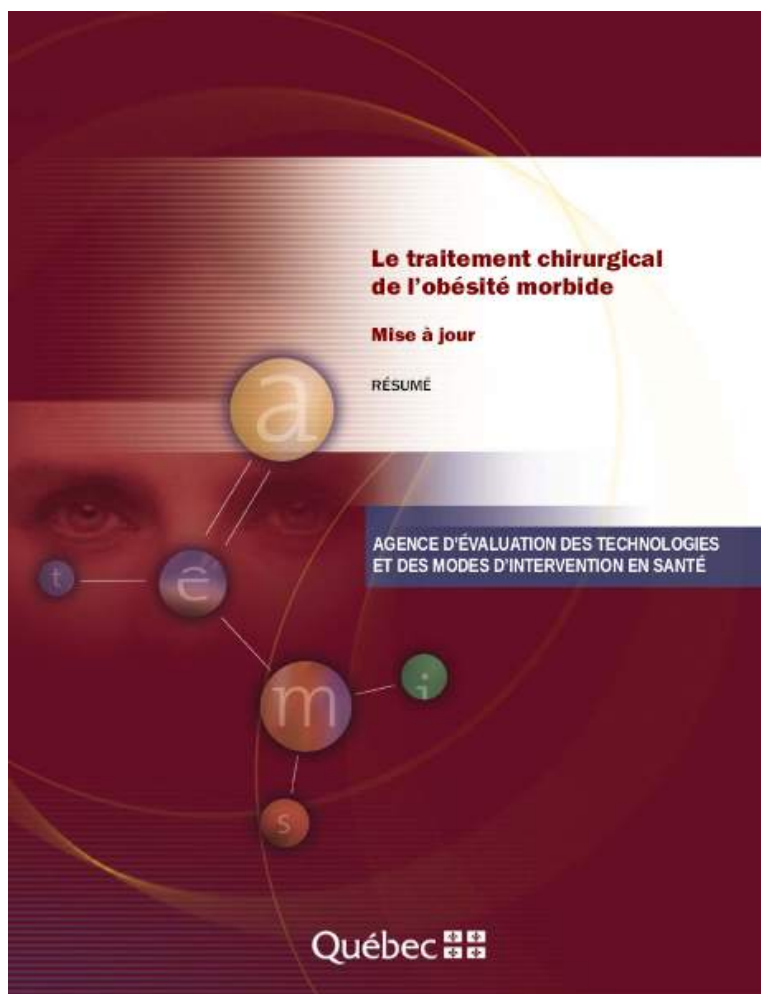
Le MSSS, pour démontrer qu'il joue son rôle de s'occuper du bien-être de sa population. Il aurait en main une étude statistique complète sur la chirurgie bariatrique, afin de justifier le bien fondé d'investir dans cette chirurgie de perte de poids.

Voir pièce jointe : D-11 Registre bariatrique

Le MSSS se fie-t-il encore seulement au rapport de l'AETMIS, publié en 2005, qui ne contient aucune donnée statistique recueillie au Québec? Le MSSS ne se fie-t-il qu'à la parole des médecins?

Voir pièce jointe : D-35 Rapport de l'AETMIS

<https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/56102>



Nous pouvons tous faire des erreurs, y compris les médecins. Seule les statistiques peuvent être vraiment fiables pour prendre une décision.

Avec des statistiques on pourrait évaluer si "le jeu en vaut-il vraiment la chandelle".

Voir pièce jointe

D-36 Le jeu en vaut-il vraiment la chandelle (Stat2j.pdf) Page1 et 2



Ninety per cent of gastric bypass patients suffer side effects

Many patients end up back at the doctor's office with abdominal pain and other symptoms after gastric bypass surgery. But health researchers still recommend the procedure.

Sedsel Brøndum Lange

Thursday 04. February 2016 - 06:26

Abdominal pain, fatigue, and gallstones are some of the symptoms that many people experience after gastric bypass surgery, shows new research.

"68 per cent of patients had contact with their GP for symptoms that may be due to the surgery. This is a relatively high percentage," says lead-author Sigrid Bjerger Gribsholt, a PhD student with the Institute of Public Health, Aarhus University, Denmark.

"At the same time 87 per cent said that they felt better or much better than before the surgery," says Gribsholt.

[The study is published in the scientific journal JAMA Surgery.](#)

89 per cent experienced symptoms

Gribsholt sent questionnaires out to patients in Denmark who had undergone a gastric bypass sometime between 2006 and 2011.

A total of 1,429 patients were quizzed on their post surgery symptoms, including abdominal pain, diarrhoea, fatigue, gallstones, kidney stones, low blood sugar levels, so-called dumping syndrome (discomfort after eating), and neurological symptoms such as tingling in the fingers.

Ninety per cent of gastric bypass patients suffer side effects

Many patients end up back at the doctor's office with abdominal pain and other symptoms after gastric bypass surgery. But health researchers still recommend the procedure.

89 per cent experienced symptoms

ScienceNordic.com thursday 04. February 2016 - 06:26

The image is a screenshot of a web article on the HuffPost website. At the top, there is a dark blue navigation bar with the 'HUFFPOST' logo in white, a bell icon, and the text 'Log In Support Us'. Below the navigation bar, the article title 'Why I Never Recommend Weight Loss Surgery to My Clients' is displayed in a large, bold, dark blue font. Underneath the title, the author's name 'By Naomi Teeter, Contributor' is shown in a smaller, bold, dark blue font, followed by her bio: 'Health coach, weight loss expert, and former plus-sizer'. The publication date 'Nov 23, 2015, 04:13 PM EST | Updated Dec 6, 2017' is centered below the bio. A disclaimer in a smaller, italicized font reads: 'This post was published on the now-closed HuffPost Contributor platform. Contributors control their own work and posted freely to our site. If you need to flag this entry as abusive, send us an email.' Below the text are three circular icons: a bookmark, a Facebook 'f', and an envelope. At the bottom of the article preview is a photograph showing several red cherry tomatoes on a light-colored burlap surface next to a wooden cutting board with a slice of bread and a silver fork.

Why I Never Recommend Weight Loss Surgery to My Clients

By Naomi Teeter, Contributor
Health coach, weight loss expert, and former plus-sizer
Nov 23, 2015, 04:13 PM EST

Avec le pourcentage de personnes ayant repris le poids perdu.

Voir pièce jointe D-15 Chirurgies vouées à l'échec page 1

Avec le pourcentage des risques de complications graves.

Voir pièce jointe

D-14 Les complications de la chirurgie

D-24 Chirurgie de l'obésité

On pourrait évaluer si les bénéfices sont suffisamment plus grands que les complications et les conséquences ?

On pourrait évaluer si une personne qui a subi la chirurgie bariatrique coûte vraiment moins cher à l'état, en soins de santé.

Voir pièce jointe D-15 Chirurgies vouées à l'échec Page 3

Ces brochés de l'estomac exigent un suivi à vie. Comment cela coûte à l'état en soins de santé ?

"Le jeu en vaut t-il vraiment la chandelle" ?

L'efficacité ne s'évalue pas seulement par la perte de poids, qui est inévitable, mais avec la qualité de vie après l'opération.

Voir pièce jointe : D-37 Un long fleuve tranquille

"Ce n'est pas un long fleuve tranquille" : des patients racontent leurs difficultés après une chirurgie de l'obésité

D-37 Un long fleuve tranquille (Stat2k.pdf)

https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/ce-n-est-pas-un-long-fleuve-tranquille-des-patients-racontent-leurs-difficultes-apres-une-chirurgie-de-l-obesite_2946291.html

"Une fourchette par repas"

"Je regrette de m'être fait opérer. C'est bien pour perdre du poids, mais j'ai eu beaucoup de complications, donc j'ai arrêté de le conseiller", déplore ainsi à franceinfo Alma, opérée en août 2016 à Châteauroux (Indre) d'une sleeve. Grâce à l'intervention, la jeune femme de 29 ans a perdu 51 kg, mais un rétrécissement anormal de son estomac l'empêche désormais de manger "plus qu'une fourchette par repas".



franceinfo: TV RADIO LE LIVE

Cet article date de plus de cinq ans.

"Ce n'est pas un long fleuve tranquille" : des patients racontent leurs difficultés après une chirurgie de l'obésité

Mathilde Goupil
France Télévisions

Publié le 28/09/2018 07:14 | Mis à jour le 28/09/2018 12:08

Temps de lecture : 6 min

"Ce n'est pas un long fleuve tranquille" : des patients racontent leurs difficultés après une chirurgie de l'obésité

Article rédigé par Mathilde Goupil

France Télévisions

Publié le 28/09/2018 07:14 Mis à jour le 28/09/2018 12:08

Ça prend des statistiques sur la qualité de vie.

Les statistiques permettraient d'évaluer la présence d'une dérive. Ce qui semble être le cas, en sachant que 80% des personnes qui subissent cette opération sont des femmes. Avec la chirurgie bariatrique: est-ce que l'état paie pour une chirurgie esthétique?

Voir pièce jointe

D-38 La présence d'une dérive Page 1, 2 et 3

D-38 La présence d'une dérive (Stat2l.pdf) – 1/3

<https://www.burnleyexpress.net/news/woman-have-majority-of-obesity-operations-876310>



The image is a screenshot of a news article from the Burnley Express website. At the top, the logo for 'Burnley Express' is displayed in red, with the tagline 'News you can trust since 1877' below it. A yellow navigation bar contains a 'BREAKING' label and several news items: 'Karaoke inventor dies', 'Two injured in crossbow attacks', 'Paedophile jailed', 'Sports legend dies at 92', and 'Paul Simon'. Below this, the word 'News' is written in red. The main headline is 'Woman have majority of obesity operations' in bold black text. A sub-headline reads: 'Women underwent 76 per cent of weight reduction surgery procedures performed by the NHS during 2014-15, according to the latest figures released by the Health and Social Care Information Centre (HSCIC)'. Below the text, it says 'By The Newsroom', 'Published 28th Apr 2016, 19:30 GMT', and 'Updated 4th May 2016, 16:05 GMT'. To the right of the text are three social media icons: Facebook, Twitter, and Email. The bottom half of the screenshot shows a photograph of a person's midsection, wearing a white t-shirt and blue denim jeans with a large, ornate gold-colored buckle on the waistband.

Woman have majority of obesity operations

Women underwent 76 per cent of weight reduction surgery procedures performed by the NHS during 2014-15, according to the latest figures released by the Health and Social Care Information Centre (HSCIC).

By The Newsroom Burnley Express Published 28th Apr 2016,

The AGA Journals Blo

Does Menopause Affect Outcomes from Roux-en-Y Gastric Bypass Surgery?
Posted on August 13, 2012 by Kristine Novak, PhD, Science Editor

AGA Journals.org

The AGA Journals Blog

Tracking the latest discoveries in digestive disease.

Home About

← What Happens After Patients are Diagnosed With Celiac Disease? How Common is Portal Hypertension in Patients With NAFLD? →

Does Menopause Affect Outcomes from Roux-en-Y Gastric Bypass Surgery?

Posted on August 13, 2012 by Kristine Novak, PhD, Science Editor

Estradiol increases body weight loss and satiation effects of Roux-en-Y gastric bypass (RYGB) in ovariectomized rats, according to the August issue of *Gastroenterology*.

Approximately ~85% of bariatric surgery procedures are performed on women, but little is known about the effects of menopause or reproductive hormones, such as estrogen, on outcomes.

Author
 Kristine Novak, PhD,
Science Editor

 [RSS - Posts](#)

Email Subscription
Enter your email address to subscribe to this blog and receive notifications of new posts by email.

Approximately ~85% of bariatric surgery procedures are performed on women, but little is known about the effects of menopause or reproductive hormones, such as estrogen, on outcomes.

☰ **Le Monde**
Se connecter
S'abonner

LES DÉCODEURS

La chirurgie de l'obésité en 5 chiffres

La chirurgie bariatrique est pratiquée par 50 000 personnes chaque année. Etat des lieux d'une opération de plus en plus répandue.

Par Anne-Sophie Faivre Le Cadre
Publié le 13 avril 2018 à 07h13, modifié le 07 mai 2018 à 16h12 · 🕒 Lecture 4 min.

82 % de femmes

Si une étude Santé publique France démontre que 16,8 % des Français et 17,6 % des Françaises sont en situation d'obésité, les femmes sont

surreprésentées dans les opérations de chirurgie bariatrique — qui ne concernent que 18 % d'hommes. *« Cette disparité s'explique par la pression permanente que les femmes subissent sur leur apparence, mais aussi par les violences médicales liées à la gynécologie, à la maternité. Il est, en France, quasiment impossible aux femmes ayant un IMC supérieur à 30 d'accéder à la PMA. Beaucoup se font opérer dans cette optique »*, souligne Daria Marx.

50 % de risques de suicide supplémentaires après l'intervention

Une étude parue en 2016 dans la revue américaine Jama Surgery met en évidence l'augmentation des comportements autodestructeurs à la suite d'une chirurgie bariatrique. Parmi eux, 50% de risques de suicide supplémentaires après l'intervention, une consommation excessive d'alcool, de stupéfiants, de médicaments ou des blessures auto infligées — incluant des pendants. *« Le suicide est en lien avec le déséquilibre produit par un amaigrissement rapide et spectaculaire sans suivi psychologique qui aurait pu déterminer à quoi "servait" ce poids dans l'économie psychique du sujet (une protection après abus sexuel, un système de réconfort puissant et facteur d'équilibre après une histoire lourde non résolue, une angoisse de morcellement, un passage à l'acte montrant la fragilité du sujet qui décompense après une transformation aussi drastique) »*, analyse Sylvie Benkemoun, psychologue psychothérapeute et présidente du Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids.

La chirurgie de l'obésité en 5 chiffres

Par Anne-Sophie Faivre Le Cadre

Publié le 13 avril 2018 à 07h13, modifié le 07 mai 2018 à 16h12 Le monde

82 % de femmes

Si une étude Santé publique France démontre que 16,8 % des Français et 17,6 % des Françaises sont en situation d'obésité, les femmes sont surreprésentées dans les opérations de chirurgie bariatrique — qui ne concernent que 18 % d'hommes. « Cette disparité s'explique par la pression permanente que les femmes subissent sur leur apparence, mais aussi par les violences médicales liées à la gynécologie, à la maternité. Il est, en France, quasiment impossible aux femmes ayant un IMC supérieur à 30 d'accéder à la PMA. Beaucoup se font opérer dans cette optique », souligne Daria Marx.

Comment voulez-vous que les personnes puissent donner leur consentement, libre et éclairé, quand le MSSS ne possède même pas toutes les informations nécessaires pour prendre la meilleure décision administrative possible, pour le bien de sa population.

Si les avocats du MSSS défendent l'idée qu'il ne possède pas ces statistiques (Le MSSS ne compile pas ces informations), c'est avouer un manque du sens des responsabilités. Il ne joue pas son rôle.

Si le MSSS ne possède pas de données statistiques sur la chirurgie bariatrique, comment peut-il argumenter contre les médecins qui vont sur la place publique en faire la promotion et faire lobbying au près de l'assemblée nationale ?

En effet, le Dr Simon Marceau demandait plus de chirurgie, dans le journal de Québec le 26 octobre 2014 p.7. Le ministre de la santé Géatán Barrette en promettait 3000,

Voir pièce jointe : D-39 Toujours plus de chirurgie Page 1

Trois ans plus tard le Dr Simon Marceau dans le journal soleil du dimanche 26 février 2017 il en demandait 10 000 chirurgie par année sans qu'il y ait un registre sur la chirurgie bariatrique.

Voir pièce jointe : D-39 Toujours plus de chirurgie Page 2

Si vraiment le Ministère de la santé et des services sociaux ne tient pas de statistiques sur une telle chirurgie lourde, c'est vraiment irresponsable. C'est pour cela que je prétends que le Ministère de la santé et des services sociaux cache des informations.

Encore des années d'attente pour une chirurgie bariatrique

Journal de Québec dimanche 26 octobre 2014 p.7

DIMANCHE 26 OCTOBRE 2014 LE JOURNAL DE QUÉBEC ACTUALITÉS 7

SANTÉ Obésité

Encore des années d'attente pour une chirurgie bariatrique

Les médecins n'arrivent toujours pas à répondre à la demande de chirurgies bariatriques au Québec et l'objectif de 3000 opérations annuellement n'est pas encore atteint cette année.

Héloïse Archambault

✉ HArchambault@JDM



«La demande augmente plus vite que l'offre», constate le Dr Simon Marceau, responsable de la chirurgie bariatrique à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ).

«On fait plus du double de chirurgies depuis 10 ans, mais, malgré ça, les gens attendent plus», dit-il.

En 2009, le ministre de la Santé de l'époque, le Dr Yves Bolduc, avait indiqué que 3000 chirurgies par année seraient effectuées dès 2011-2012.

Or, 2586 chirurgies ont été faites l'an dernier, pour une facture totale de

plus de 14 millions \$ (voir tableau).

OBJECTIF DE 3000

Selon l'attachée de presse du ministre de la Santé Gaëtan Barrette, l'objectif de 3000 interventions est toujours dans la mire. D'ailleurs, 1184 chirurgies ont été réalisées entre avril et août 2014, ce qui permet de penser que l'objectif de 3000 chirurgies pourrait être atteint cette année pour la première fois.

«C'est pas trop tôt», réagit le Dr Marceau.

L'an dernier, 536 patients ont été opérés à l'IUCPQ (voir tableau). Malgré cela, la liste d'attente dépasse toujours 2500 noms.

«Si on en fait environ 500 par année, ça donne une liste d'attente de trois ou quatre ans», souligne le médecin.

PATIENTS DÉCOURAGÉS

Il existe actuellement trois types de chirurgies bariatriques possibles. Selon le Dr Hugo Diec, de l'Hôpital Pierre-Boucher, les longs délais entraînent parfois des demandes mal-

heureuses.

«Des fois, les patients sont tellement démunis et tannés d'attendre qu'ils veulent juste l'opération qui va le plus vite», dit le chirurgien.

Selon le Dr Marceau, plusieurs médecins ne reconnaissent toujours pas que l'obésité sévère est une maladie.

«Mais c'est un mythe de croire que s'ils changeaient d'habitudes de vie, ils maigriraient, dit-il. À un certain poids, c'est impossible de retourner en arrière. Il est trop tard», insiste-t-il. À l'heure actuelle, seulement 25 chirurgiens environ font cette opération au Québec.

D'ailleurs, le ministère de la Santé reconnaît que le manque de temps de bloc opératoire et de chirurgiens intéressés par cette opération expliquent en partie pourquoi la cible n'est pas atteinte.

✉ heloise.archambault@quebecormedia.com



TYPES DE CHIRURGIES ET COÛT UNITAIRE

- Chirurgie bariatrique avec bande
3 200 \$ + bande 4300 \$ = 7500 \$
- Chirurgie bariatrique sans bande **5900 \$**
- Chirurgie bariatrique (gastrectomie longitudinale) **3200 \$**

NOMBRE DES CHIRURGIES / COÛT ANNUEL

2008-2009	1176	7 941 600 \$
2009-2010	1513	10 155 500 \$
2010-2011	1790	12 023 400 \$
2011-2012	1889	12 695 500 \$
2012-2013	2013	12 899 100 \$
2013-2014	2586	14 488 000 \$

HÔPITAUX OÙ ON EN FAIT LE PLUS

- | | |
|--|---|
| Pierre-Boucher (Longueuil)
545 | Drummondville
332 |
| Institut de cardiologie et pneumologie de Québec
536 | Royal Victoria (Montréal)
217 |
| Sacré-Cœur (Montréal)
420 | CSSS de Val d'Or
143 |

Après un an et demi d'attente, Rachel Deguire a subi la chirurgie bariatrique le 22 septembre dernier, à l'Hôpital Royal Victoria. La femme de 38 ans pesait 320 lb; elle a 170 lb à perdre pour atteindre un poids santé de 150 lb.
PHOTO AGENCE QMI, HÉLOÏSE ARCHAMBAULT

«La demande augmente plus vite que l'offre», constate le Dr Simon Marceau, responsable de la chirurgie bariatrique à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ).

Selon l'attachée de presse du ministre de la Santé Gaëtan Barrette, l'objectif de 3000 interventions est toujours dans la mire. D'ailleurs, 1184 chirurgies ont été réalisées entre avril et août 2014, ce qui permet de penser que l'objectif de 3000 chirurgies pourrait être atteint cette année pour la première fois.

Opérer davantage pour faire des économies
 Le Soleil, no. Vol. 121 n° 59 Actualités, dimanche 26 février 2017, p. 4
 Normand Provencher

4 ACTUALITÉS


DIMANCHE 26 FÉVRIER 2017 leSoleil

SOMMAIRE

jeux	32 et 33
science	14
décès	41
horaire cinéma	37
horaire télé	36
horoscope	39
loteries	23
opinions	28 et 29
petites annonces	39

MÉTÉO

Max. -1
 Min. -7
 Passages nuageux



EN DÉTAIL > 40

NOUS JOINDRE

Vous avez une nouvelle?
 nouvelles@lesoleil.com

Vous avez une opinion?
 opinions@lesoleil.com



RÉDACTION 418 686-3394
 Sans frais 1 866 686-3394

ABONNEMENTS 418 686-3344
 Sans frais 1 866 686-3344
 abonnements@lesoleil.com

RENSEIGNEMENTS 418 686-3233

PUBLICITÉ 418 686-3435

PETITES ANNONCES 418 686-3311
 Sans frais 1 866 686-3311
 petitesannonces@lesoleil.com

Le Soleil, une division de 3834310 Canada Inc., est publié et édité par Le Soleil, 410, boul. Charest Est, case postale 1547, succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 7J6. Le Soleil est imprimé au 5000, rue Hugues-Rand, bureau 4, à Québec (Québec) G2C 2B4, par Transcontinental de la Capitale, une filiale de Transcontinental Inc., 1, place Ville-Marie, bureau 3315, Montréal (Québec) H3B 3N2. Envoi de publication — Numéro de convention 40-065022. Seule La Presse Canadienne est autorisée à utiliser et à diffuser les informations publiées dans Le Soleil. ISSN 0379-0730. Merci de recycler ce journal.



La chirurgie bariatrique permet une foule d'économies indirectes. Ainsi, avec la gastrectomie, on observe un taux de rémission du diabète de 60 %. En ce qui concerne la dérivation biliopancréatique, ce taux atteint les 90 %. — PHOTO 123RF/NIMON THONG-UTHAI

OBÉSITÉ MORBIDE

Opérer davantage pour faire des économies

NORMAND PROVENCHER
 nprovencher@lesoleil.com

Trois mille chirurgies bariatriques sont effectuées au Québec chaque année. Pour le Dr Simon Marceau, il faudrait en pratiquer trois fois plus, l'opération ayant démontré qu'elle contribue à améliorer la qualité de vie des patients et, par la bande, à faire économiser des millions au gouvernement.

À l'heure actuelle, au prorata de la population, le nombre d'opérations dans la province est «bien en deçà» du ratio observé dans plusieurs pays occidentaux comme les États-Unis et la France, déplore le médecin de l'UCCPQ.

«Il y a 300 000 obèses morbides au Québec. On devrait viser pas loin de

10 000 chirurgies par année. En trois ans, l'opération est payée, ensuite on engrange les économies. Il n'y a pas de geste en médecine qui offre un meilleur retour sur l'investissement.»

Les études démontrent une rémission du diabète chez 60 % des patients qui ont subi une gastrectomie. Le pourcentage atteint 90 % pour la dérivation biliopancréatique. Les problèmes d'hypertension et de cholestérolémie s'atténuent également chez la plupart d'entre eux. Si la condition perdure pendant une dizaine d'années, par exemple, c'est autant de temps où le patient n'aura pas eu à consommer des médicaments «qui coûtent une fortune».

«Une personne de 40 ans devenue incapable d'occuper un emploi à cause de son poids, ce serait fou de la laisser comme ça si on peut lui offrir une option qui

«Une personne de 40 ans devenue incapable d'occuper un emploi à cause de son poids, ce serait fou de la laisser comme ça si on peut lui offrir une option qui a démontré son efficacité»

— Le Dr Simon Marceau, chirurgien bariatrique

a démontré son efficacité. C'est quelqu'un qui a encore une contribution à apporter à la société», estime le Dr Marceau.

AVANTAGE POUR LES FEMMES

Les jeunes femmes obèses désireuses de fonder une famille tireraient aussi de précieux avantages à subir une chirurgie bariatrique. «La grossesse va être plus sécuritaire, avec une diminution des

risques de prééclampsie et de césarienne.»

Le jeu en vaut d'autant plus la chandelle, estime le Dr Marceau, que les progrès de la médecine et le raffinement de l'intervention, de plus en plus pratiquée par laparoscopie, ont rendu l'opération de moins en moins risquée, de l'ordre d'un décès par 1000 patients, soit le taux de mortalité d'une chirurgie de la vésicule biliaire.

«Il y a 300 000 obèses morbides au Québec. On devrait viser pas loin de 10 000 chirurgies par année. En trois ans, l'opération est payée, ensuite on engrange les économies. Il n'y a pas de geste en médecine qui offre un meilleur retour sur l'investissement.»