

Le traitement chirurgical de l'obésité morbide

Mise à jour

RÉSUMÉ

AGENCE D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES
ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ

Le traitement chirurgical de l'obésité morbide

Mise à jour

Rapport préparé pour l'AETMIS
par Raouf Hassen-Khodja et Jean-Marie R. Lance

OCTOBRE 2005

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS).

Révision scientifique

D^{re} Véronique Déry, directrice générale et scientifique

Révision linguistique

Suzie Toutant

Montage

Frédérique Stephan

Graphisme

Jocelyne Guillot

Correction d'épreuves

Suzanne Archambault

Frédérique Stephan

Vérification bibliographique

Denis Santerre

Coordination

Lise-Ann Davignon

Communications et diffusion

Richard Lavoie, M.A.

Pour se renseigner sur cette publication ou toute autre activité de l'AETMIS, s'adresser à :

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
2021, avenue Union, bureau 1050
Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : (514) 873-2563
Télécopieur : (514) 873-1369
Courriel : aetmis@aetmis.gouv.qc.ca
www.aetmis.gouv.qc.ca

Comment citer ce document :

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Le traitement chirurgical de l'obésité morbide : mise à jour. Rapport préparé par Raouf Hassen-Khodja et Jean-Marie R. Lance (AETMIS 05-04). Montréal : AETMIS, 2005, xvi-116 p.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISBN 2-550-45464-2 (version imprimée)

ISBN 2-550-45465-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2005.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

LA MISSION

L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a pour mission de contribuer à améliorer le système de santé québécois et de participer à la mise en œuvre de la politique scientifique du gouvernement du Québec. Pour ce faire, l'Agence conseille et appuie le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que les décideurs du système de santé en matière d'évaluation des services et des technologies de la santé. L'Agence émet des avis basés sur des rapports scientifiques évaluant l'introduction, la diffusion et l'utilisation des technologies de la santé, incluant les aides techniques pour personnes handicapées, ainsi que les modalités de prestation et d'organisation des services. Les évaluations tiennent compte de multiples facteurs, dont l'efficacité, la sécurité et l'efficience ainsi que les enjeux éthiques, sociaux, organisationnels et économiques.

LA DIRECTION

D^r Luc Deschênes,

chirurgien oncologue, président-directeur général de l'AETMIS, Montréal, et président du Conseil médical du Québec, Québec

D^r Véronique Déry,

médecin spécialiste en santé publique, directrice générale et scientifique

D^r Reiner Banken,

médecin, directeur général adjoint au développement et aux partenariats

D^r Alicia Framarin,

médecin, directrice scientifique adjointe

M. Jean-Marie R. Lance,

économiste, conseiller scientifique principal

LE CONSEIL

D^r Jeffrey Barkun,

professeur agrégé, département de chirurgie, Faculté de médecine, Université McGill, et chirurgien, Hôpital Royal Victoria, CUSM, Montréal

D^r Marie-Dominique Beaulieu,

médecin en médecine familiale, titulaire de la Chaire Docteur Sadok Besroun en médecine familiale, CHUM, et chercheur, Unité de recherche évaluative, Pavillon Notre-Dame, CHUM, Montréal

D^r Suzanne Claveau,

médecin en microbiologie-infectiologie, Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec, CHUQ, Québec

M. Roger Jacob,

ingénieur biomédical, coordonnateur, Immobilisations et équipements médicaux, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, Montréal

M^{me} Denise Leclerc,

pharmacienne, membre du conseil d'administration de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Montréal

M^{me} Louise Montreuil,

directrice générale adjointe aux ententes de gestion, Direction générale de la coordination ministérielle des relations avec le réseau, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec

D^r Jean-Marie Moutquin,

médecin spécialiste en gynéco-obstétrique, directeur de la recherche et directeur du Département d'obstétrique-gynécologie, CHUS, Sherbrooke

D^r Réginald Nadeau,

médecin spécialiste en cardiologie, Hôpital du Sacré-Cœur, Montréal, et membre du conseil d'administration du Conseil du médicament du Québec, Québec

M. Guy Rocher,

sociologue, professeur titulaire, département de sociologie, et chercheur, Centre de recherche en droit public, Université de Montréal, Montréal

M. Lee Soderstrom,

économiste, professeur, département des sciences économiques, Université McGill, Montréal

AVANT-PROPOS

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'OBÉSITÉ MORBIDE : MISE À JOUR

L'obésité est maintenant considérée comme un problème de santé publique majeur et a même été déclarée « épidémie mondiale » par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette maladie chronique, qui résulte de nombreux facteurs biologiques, environnementaux et comportementaux, entraîne plusieurs maladies, dont l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, le diabète et certains troubles cardiovasculaires. Le Québec n'échappe pas à cette épidémie, puisque, en 2004, le taux d'obésité s'établissait à 21,8 %.

De façon pratique, l'obésité est définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m². Un seuil plus critique est franchi lorsque l'IMC atteint 40, ou même seulement 35 si la personne est aux prises avec des maladies associées : on parle alors d'obésité morbide. Dans ces situations, les thérapies comportementales et médicales échouent à réduire de façon prolongée l'excès de poids et, selon l'OMS, la chirurgie est le seul traitement efficace. Toutefois, face à l'élargissement de l'éventail des techniques chirurgicales et à l'introduction récente d'approches laparoscopiques, des questions légitimes se posent sur l'efficacité et les risques de ces interventions majeures.

Déjà, en 1998, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) avait produit un rapport sur le traitement chirurgical de l'obésité morbide (ou chirurgie bariatrique). Certaines techniques avaient été qualifiées de technologies acceptées, mais une autre, pratiquée dans un hôpital québécois, était encore considérée comme expérimentale. Dans un contexte d'évolution rapide de la chirurgie bariatrique et des données scientifiques sur le sujet, une mise à jour s'imposait. De plus, face à une prévalence croissante de l'obésité morbide, le ministère de la Santé et des Services sociaux, préoccupé par l'efficacité des différentes techniques et la nécessité d'une bonne prise en charge des personnes affectées, a demandé une évaluation à l'AETMIS.

Le présent rapport examine particulièrement l'efficacité et les risques de complications des quatre principaux types d'interventions, dont celles qui sont pratiquées au Québec, compare les approches par incision de la paroi abdominale et par laparoscopie, et aborde les aspects économiques de ces interventions. Les articles scientifiques et les rapports d'agences d'évaluation des technologies publiés depuis 1998 constituent la matière première de l'analyse.

Les résultats confirment l'efficacité à long terme du traitement chirurgical sur le plan du maintien de la perte de poids et de la réduction des maladies associées. Les différentes techniques offertes au Québec sont considérées comme efficaces et sécuritaires, certaines ayant une efficacité bien établie alors que d'autres exigent encore un suivi étroit pour permettre de mieux préciser les indications et les clientèles admissibles. En conclusion, l'AETMIS recommande l'établissement d'un plan d'action pour bien définir les besoins en chirurgie bariatrique et assurer les moyens d'y répondre, la détermination des conditions essentielles pour qu'un centre hospitalier offre des soins de qualité, et enfin, la mise sur pied d'un registre sur l'obésité morbide et sa prise en charge.

En remettant ce rapport, l'AETMIS souhaite contribuer à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des personnes souffrant d'obésité morbide.

D^r Luc Deschênes

Président-directeur général

REMERCIEMENTS

Le présent rapport a été préparé à la demande de l'AETMIS par le **D^r Raouf Hassen-Khodja** M. Sc. (administration de la santé), médecin (hémobiologie) et chercheur-consultant, et **M. Jean-Marie R. Lance**, M. Sc. (sciences économiques), conseiller scientifique principal.

L'AETMIS remercie les lecteurs externes suivants pour leurs précieux commentaires sur ce rapport :

D^r Mitiku Belachew

Professeur, service de chirurgie universitaire, Centre hospitalier régional de Huy, Huy (Belgique)

D^r Nicholas V. Christou

Chirurgien et professeur de chirurgie, Centre universitaire de santé McGill, Montréal

D^r Slim Haddad

Professeur agrégé, département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, et économiste, Université de Montréal, Montréal

D^r Picard Marceau

Professeur, département de chirurgie, Université Laval, et chirurgien, Hôpital Laval, Québec

D^r Jean Mouïel

Professeur, Faculté de médecine de Nice, et spécialiste en chirurgie digestive, Centre de chirurgie et laparoscopie, Nice (France)

D^r Nicola Scopinaro

Professeur, département de chirurgie, Faculté de médecine, *Università di Genova*, Ospedale San Martino, Gênes (Italie)

D^r Rudolf Steffen

Médecin spécialiste FMH en chirurgie viscérale, Berne (Suisse)

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit à signaler.

RÉSUMÉ

L'OBÉSITÉ MORBIDE

Depuis 1998, à la suite d'un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'obésité est considérée comme un problème de santé publique majeur et a même été déclarée « épidémie mondiale ». L'OMS en fait même une maladie chronique dont la prévention et la prise en charge efficaces exigent des stratégies à long terme : elle résulte en effet d'interactions complexes entre des facteurs métaboliques, endocriniens, génétiques, socioéconomiques, environnementaux, culturels, psychologiques et comportementaux. L'obésité est la cause de nombreuses maladies, dont l'hypertension artérielle, l'hyperlipidémie, le diabète, certains troubles cardiovasculaires, l'apnée du sommeil, l'ostéoartrite et certains cancers, et même de décès.

Définition

L'obésité se caractérise par la présence d'un excès de tissu graisseux et est généralement définie par l'indice de masse corporelle (IMC), qui tient compte du poids et de la taille. Cet indice s'exprime en kilogrammes par mètre carré (kg/m^2). L'appellation d'obésité s'applique lorsque l'IMC est supérieur ou égal à $30 \text{ kg}/\text{m}^2$. Si l'IMC se situe entre 25 et $29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$, on parle plutôt d'embonpoint. On parle d'obésité morbide lorsque l'IMC est supérieur ou égal à 40, ou à $35 \text{ kg}/\text{m}^2$ si elle s'accompagne de maladies associées.

Prévalence

La prévalence de l'obésité ($\text{IMC} \geq 30$) dans la population de 18 ans et plus (excluant les femmes enceintes) vivant à domicile connaît une progression constante. Alors que les personnes obèses ne comptaient que pour 13,8 % de la population en 1978-1979 au Canada, cette proportion est passée à 23,1 %

en 2004; ces chiffres s'appuient sur des mesures directes de la taille et du poids. L'écart entre les hommes et les femmes est faible : 22,9 % *versus* 23,2 %. Au Québec, la situation est comparable, avec un taux global de 21,8 % (20,9 % chez les hommes et 22,7 % chez les femmes). L'obésité morbide ($\text{IMC} \geq 40$) a aussi augmenté de façon importante au Canada, passant de 0,9 % en 1978-1979 à 2,7 % en 2004, et les femmes sont plus touchées par ce problème (3,8 % *versus* 1,6 % chez les hommes). Cette donnée n'est pas disponible pour le Québec.

Conséquences

L'obésité entraîne un fardeau épidémiologique et économique considérable. Selon des études réalisées aux États-Unis, où le taux d'obésité, dans la période 1999-2002, atteignait 31,1 % chez les personnes de 20 à 74 ans, ce problème entraînerait au moins 112 000 décès par année, bien que d'autres estimations alliant embonpoint et obésité donnaient plus de 300 000 décès. La controverse persiste encore sur l'importance de ce fardeau. Du point de vue économique, au Canada, en 1997, les coûts médicaux directs attribuables à l'obésité de l'adulte étaient estimés à 1,8 milliard de dollars, soit 2,4 % des coûts médicaux directs totaux. Une étude estime que l'obésité a entraîné au Québec des dépenses de 700 millions de dollars, soit 5,8 % du budget provincial de santé (année financière 1999-2000), et des pertes de productivité supérieures à 800 millions de dollars.

LE RÔLE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DANS L'APPROCHE THÉRAPEUTIQUE DE L'OBÉSITÉ

L'approche thérapeutique de l'obésité est multiple et complexe. Elle nécessite une structure de soins adaptée ainsi que la disponibilité d'une équipe multidisciplinaire.

Prise en charge de l'obésité

La prise en charge de l'obésité repose minimalement sur trois mesures fondamentales :

- 1) un enseignement intensif visant l'amélioration du régime alimentaire;
- 2) un *counselling* portant sur la pratique régulière de l'activité physique; et
- 3) un recours à des approches behavioristes permettant de mieux réguler les habitudes de vie devant être modifiées.

Les objectifs de perte de poids doivent être clairement établis avec le patient. Le médecin peut proposer un traitement pharmacologique au patient obèse qui ne peut atteindre les objectifs fixés à l'aide d'une diète et de l'activité physique.

Prise en charge de l'obésité morbide

Dans le cas de l'obésité morbide, l'approche multidimensionnelle précédemment décrite s'avère inefficace. Selon l'OMS, la chirurgie que l'on qualifie de bariatrique (du grec *baros*, qui signifie lourd) est considérée comme le seul traitement efficace.

La chirurgie bariatrique regroupe actuellement un ensemble de techniques qui peuvent être classées en deux principaux types d'interventions :

- les techniques fondées sur une restriction gastrique, qui diminuent l'ingestion alimentaire par la réduction de la capacité gastrique :
 - les gastroplasties : création d'une poche par agrafage ou par section-agrafage sur le plan horizontal ou vertical (gastroplastie verticale calibrée),
 - les anneaux de gastroplastie : pose d'un anneau fixe ou ajustable qui forme un réservoir gastrique de petit volume;
- les techniques dites mixtes, qui associent à une restriction gastrique le principe d'une malabsorption intestinale par la création d'un système de court-circuit ou de dérivation :

- les dérivations gastriques, dont la variante la plus pratiquée dans le monde est la dérivation gastrique avec anse de Roux en Y,
- les dérivations biliopancréatiques avec gastrectomie distale ou pariétale.

Bien que toutes ces techniques chirurgicales aient été mises au point avec une approche d'incision de la paroi abdominale (laparotomie), des chirurgiens ont continué à explorer de nouvelles façons d'intervenir, particulièrement sur le plan de l'abord chirurgical. C'est ainsi que les techniques laparoscopiques sont apparues au milieu des années 1990 et se sont rapidement répandues dans plusieurs pays. De fait, selon un sondage international, 62,85 % des interventions pratiquées dans le monde en 2003 étaient réalisées par voie laparoscopique, surtout la dérivation gastrique et l'anneau de gastroplastie ajustable.

L'efficacité et la sécurité de chacune de ces techniques, tant dans leur version laparotomique que laparoscopique, sont établies à divers degrés, mais soulèvent encore des questions légitimes.

OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

En 1998, le Conseil d'évaluation des technologies de la santé (devenu depuis l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé) avait publié un rapport sur le traitement chirurgical de l'obésité morbide. La nécessité de clarifier le statut de la dérivation biliopancréatique avec gastrectomie pariétale (intervention pratiquée à Québec), la montée rapide des techniques laparoscopiques et la prévalence croissante de l'obésité morbide expliquent cette mise à jour. De plus, l'AETMIS répond à une demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui souhaitait qu'elle examine l'évolution de l'efficacité des techniques de chirurgie bariatrique ainsi que les meilleures conditions de prise en charge des personnes gravement obèses. Enfin, un volet de l'évaluation aborde les aspects économiques.

MÉTHODE

Le présent rapport a été effectué à partir d'un examen de la littérature et des rapports d'agences d'évaluation publiés entre 1998 (année de publication du précédent rapport) et avril 2005. Les banques de données habituelles, soit *Medline*, *Cochrane Library* et *HTA database*, ont été consultées avec les mots clés suivants : *Obesity; Morbid Obesity; Surgical Treatment; Bariatric Surgery; Gastroplasty; Gastric Bypass; Gastric Banding*.

Cette recension a repéré un nombre élevé d'études publiées depuis 1998. Toutefois, compte tenu de la rareté des essais comparatifs, randomisés ou non, et de la prédominance des études de séries de cas, la sélection des études s'est basée sur une grille simplifiée retenant les éléments suivants : caractère comparatif, date de publication, nombre de patients traités, durée du suivi et pertinence des critères d'évaluation clinique.

Les principaux critères d'évaluation retenus dans l'analyse sont les suivants :

- Efficacité clinique : excès de poids perdu (EPP), celui-ci étant défini par rapport au poids idéal, et, à défaut, poids perdu et baisse de l'indice de masse corporelle;
- Innocuité : complications caractérisées selon leur moment d'apparition (court, moyen ou long terme) et selon leur nature et leur gravité;
- Comorbidité : réduction ou non des maladies associées;
- Consommation de biens ou services de santé ou d'autres ressources : jours d'hospitalisation, durée moyenne de séjour à l'hôpital, temps opératoire;
- Efficience : coûts ou économies de ressources, rapports coût-efficacité et coût-utilité.

RÉSULTATS

Le traitement chirurgical en général

Malgré le nombre important d'études primaires sur le traitement chirurgical de l'obé-

sité morbide, la majorité d'entre elles portent sur des traitements dont l'efficacité a déjà été établie ou sur les nouvelles approches, notamment les interventions par voie laparoscopique. Cependant, peu d'études fournissent des résultats à long terme. Une seule grande étude (la *Swedish Obese Subjects Intervention Study*, ou SOS) compare le traitement chirurgical à l'approche médicale, et elle utilise un plan prospectif avec appariement des sujets selon 18 variables. Les autres études comparatives, dont certaines étaient randomisées, examinent les effets de l'abord chirurgical (laparotomie ou laparoscopie) ou des variantes d'une même technique. Les études sont donc constituées en grande partie de séries de cas rétrospectives et, moins fréquemment, prospectives.

Le traitement chirurgical est reconnu actuellement comme une option thérapeutique plus efficace que les traitements non chirurgicaux pour les patients souffrant d'obésité morbide. Bien que la majorité des données portent sur des résultats à court terme, plusieurs études commencent à démontrer qu'il y a maintien de la réduction de poids à long terme. De plus, l'étude SOS, la meilleure étude comparative disponible, conclut que la chirurgie bariatrique procure une perte de poids prolongée de 16,1 % chez les personnes présentant un IMC d'au moins 40, ou d'au moins 35 si l'obésité s'accompagne de maladies associées (dont le diabète, l'hyperlipidémie et l'hypertension artérielle). Par ailleurs, les interventions chirurgicales entraînent un certain nombre de complications pouvant parfois être graves. Bien que ces effets indésirables soient généralement pris en charge de façon adéquate, ils doivent continuer à faire l'objet d'évaluations.

La chirurgie bariatrique reste une intervention coûteuse, puisqu'elle exige une équipe multidisciplinaire, un plateau technique spécialisé et un suivi prolongé. En contrepartie, la réduction de poids qu'elle entraîne diminue la prévalence des maladies associées et leurs conséquences (dépenses en médicaments), réduisant ainsi les pertes de productivité causées par les congés de maladie et l'incapacité, et améliore la qualité de vie.

Toutefois, le rapport coût-efficacité (ou coût-utilité) favorable et l'efficacité que l'état actuel des connaissances laisse présager doivent être confirmés par des études économiques rigoureuses à plus long terme.

Les différentes techniques chirurgicales

Bien qu'un grand éventail de techniques soient employées en chirurgie bariatrique, les données actuelles ne permettent pas encore de privilégier l'une ou l'autre d'entre elles à cause de contextes d'application différents, de la diversité des profils des patients et du manque d'études comparatives rigoureuses. De plus, une intervention peut associer plusieurs techniques.

Le choix de la technique chirurgicale dépend d'un certain nombre de facteurs :

- le profil du patient : âge, personnalité, valeur de l'IMC, comportement alimentaire, compréhension et engagement, maladies associées, contre-indications;
- la réversibilité ou non de la technique;
- les risques associés à chacune des techniques (déhiscence de la plaie, hernie, déplacement du dispositif, rupture de la ligne d'agrafes, etc.);
- les conséquences possibles sur le plan des carences nutritionnelles;
- la disponibilité des ressources humaines et matérielles;
- le soutien de l'expertise d'une équipe multidisciplinaire; et
- l'expérience de l'équipe chirurgicale en chirurgie bariatrique et, le cas échéant, en techniques laparoscopiques, qui exigent une période d'apprentissage importante.

Sur le plan de l'efficacité d'ensemble, les données indiquent de façon générale que les techniques mixtes associant restriction gastrique et malabsorption intestinale sont supérieures aux interventions qui ne font que réduire la capacité gastrique. Voici quelques considérations sur les principales techniques examinées et, pour trois d'entre elles, employées au Québec :

La dérivation gastrique avec anse de Roux en Y (DGRY) : l'efficacité de cette technique est bien établie selon les critères d'une perte de poids stable, d'un faible taux de complications et d'une réduction des maladies associées à l'obésité morbide. Devenue la référence (*gold standard*), la DGRY est la technique la plus utilisée dans le groupe général des dérivations gastriques.

La gastroplastie verticale calibrée (GVC) : bien que son efficacité soit bien établie, la réduction pondérale à long terme moins élevée qu'elle entraîne lui fait perdre la faveur des chirurgiens en Amérique du Nord (y compris au Québec); associée à une DGRY, la GVC maintient de bons résultats à long terme.

L'anneau de gastroplastie ajustable (AGA) : son efficacité est généralement reconnue, tant pour la perte de poids que le faible taux de complications; cette technique a aussi l'avantage d'être réversible; elle tend de plus en plus à remplacer la GVC.

La dérivation biliopancréatique avec gastrectomie pariétale (DBP + GP) : en dépit du fait que cette technique soit pratiquée dans peu de centres en raison des conditions exigeantes de prise en charge et de suivi des patients opérés, son ancienneté (plus de 20 ans), le nombre cumulatif d'interventions effectuées jusqu'à ce jour et ses résultats positifs sur le plan de la réduction pondérale en font une intervention qui n'est plus considérée comme expérimentale. De plus, certaines études autorisent à penser que la DBP + GP serait appropriée pour les patients superobèses ayant un IMC supérieur à 50.

L'approche laparoscopique

Les interventions par voie laparoscopique offrent de nombreux avantages, comme une réduction de la durée de séjour à l'hôpital et la diminution, voire l'absence des complications associées à la chirurgie ouverte; elles entraînent toutefois d'autres types de complications. Le chirurgien doit faire son apprentissage dans les meilleures conditions pour bien maîtriser cette approche.

Les deux techniques laparoscopiques les plus au point sont la dérivation gastrique avec anse de Roux en Y (DGRY/L) et l'anneau de gastroplastie ajustable (AGA/L), et elles ne sont plus considérées comme expérimentales. Il faut toutefois les introduire dans un contexte permettant de continuer à étudier leurs effets. La DGRY/L donne, après un an de suivi, les mêmes résultats que sa version laparotomique, et l'éventail de complications précoces ne présente que de légères différences. Des données comparatives à plus long terme restent cependant nécessaires.

Les AGA/L apparaissent sécuritaires et efficaces (sur le plan de l'excès de poids perdu) et ont l'avantage supplémentaire d'être réversibles. De plus, les complications graves sont rares, et les taux de complications et de réinterventions, acceptables. Ces effets ont toutefois été mesurés à court terme et doivent être confirmés par des études plus longues.

Quant aux autres techniques appliquées par voie laparoscopique, elles restent encore expérimentales en raison de l'incertitude qui entoure leurs effets.

Enfin, outre qu'elles n'offrent aucune comparaison, les données sont insuffisantes pour que l'on puisse émettre des conclusions valides sur le traitement chirurgical des adolescents et des enfants aux prises avec l'obésité morbide. Bien que la présente évaluation n'ait pas examiné les conséquences d'un amaigrissement important (nécessité de chirurgies réparatrices et plastiques), cet aspect ne doit pas être négligé dans le projet thérapeutique, puisqu'il peut avoir un retentissement psychologique important.

EFFICIENCE DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

Selon l'état actuel des connaissances, même si les études et les modèles économiques publiés comportent certaines lacunes, le traitement chirurgical de l'obésité morbide constituerait une intervention efficace. Bien que ses coûts soient relativement éle-

vés, notamment en raison du coût de l'intervention chirurgicale elle-même et de la prise en charge des complications précoces ou tardives qui peuvent en résulter, de la nécessité d'un suivi annuel et des besoins éventuels en chirurgie plastique, les effets positifs associés à la réduction pondérale qu'elle entraîne semblent les compenser. En effet, elle diminue la prévalence des maladies associées (maladies cardiovasculaires et diabète, par exemple) et leurs conséquences sur l'utilisation des ressources (hospitalisations, dépenses en médicaments), réduit les pertes de productivité causées par les congés de maladie et l'incapacité, et améliore la qualité de vie.

Ces premiers résultats doivent toutefois être confirmés par des évaluations économiques plus rigoureuses, fondées sur des données factuelles sur l'efficacité et l'utilisation des ressources à long terme ainsi que sur des comparaisons valides des différentes techniques et modalités chirurgicales (laparoscopie ou laparotomie).

DÉFIS POUR LA PRATIQUE QUÉBÉCOISE

Différentes techniques de chirurgie bariatrique sont actuellement pratiquées au Québec par des chirurgiens ayant une longue expérience dans le domaine. Par contre, on manque d'informations sur la qualité et l'efficacité réelle des interventions et sur la population de patients traités. Qui plus est, l'offre de service apparaît insuffisante compte tenu de l'augmentation soutenue des listes et des temps d'attente. Dans un tel contexte :

- il est essentiel de bien connaître et de partager les différents renseignements sur la population traitée et les résultats obtenus dans les centres de chirurgie bariatrique;
- il est nécessaire de bien évaluer l'évolution et l'ampleur des besoins en chirurgie bariatrique qu'engendre la prévalence croissante de l'obésité morbide;
- il est opportun de promouvoir l'élaboration d'un guide de pratique sur la prise en

charge des malades atteints d'obésité morbide pour assurer une qualité élevée des services offerts.

À ce dernier égard, l'Association des chirurgiens généraux du Québec a élaboré une ligne de conduite sur le traitement chirurgical de l'obésité morbide. Elle insiste notamment sur les points suivants : nécessité d'une équipe interdisciplinaire, désignation de centres de référence, sensibilisation et formation des résidents en chirurgie et offre accrue de formation en chirurgie bariatrique. D'autre part, il y a lieu de prévoir, dans toute prise en charge d'un projet de chirurgie bariatrique, les besoins éventuels en chirurgies réparatrices et plastiques.

RECOMMANDATIONS

- 1) Il est recommandé que le ministère de la Santé et des Services sociaux et les autres instances concernées par le problème de l'obésité morbide déterminent de façon précise les besoins actuels et à venir en chirurgie bariatrique, établissent un plan d'action pour accroître la capacité d'offrir ces interventions et assurent un accès équitable aux patients des différents milieux et des différentes régions.
- 2) Il est recommandé que, sur le plan organisationnel, tout programme hospitalier de traitement chirurgical de l'obésité morbide respecte les conditions suivantes, lesquelles seront assujetties à une démarche d'assurance de la qualité :
 - Mise en place d'un processus rigoureux de sélection des patients (par exemple, patients dont l'IMC est supérieur ou égal à 40 kg/m², ou à 35 en présence de maladies associées, dont le risque opératoire est acceptable, patients motivés, bien informés

des risques inhérents à l'intervention et de la nécessité de se soumettre à un suivi leur vie durant) et d'un système d'établissement d'un ordre de priorité pour les cas en attente.

- Disponibilité d'installations et d'appareils adaptés au profil particulier des patients concernés (salles de réveil, unités de soins intensifs, lits et ameublement, tables d'exploration fonctionnelle à des fins diagnostiques et, en salle d'opération, tables opératoires, instruments chirurgicaux adaptés, etc.).
 - Équipe multidisciplinaire expérimentée pouvant dispenser l'ensemble des soins et services liés à ce type d'intervention : équipe chirurgicale, psychologue, nutritionniste, médecins spécialistes (diabétologues, cardiologues, pneumologues, etc.).
 - Suivi étroit qui doit durer toute la vie et couvrir les dimensions physique et psychologique et, par conséquent, les consultations liées au besoin de chirurgie plastique.
- 3) Il est recommandé que soit mis en place un registre national sur l'obésité morbide et sa prise en charge. Ce registre constituera un soutien essentiel à l'implantation d'un programme de suivi régional des personnes opérées associant les différentes structures de soins (établissements hospitaliers, centres de santé) et incluant l'enseignement d'un mode de nutrition approprié à ce type de patients. Cette source de données permettra de mieux cerner la prévalence et la catégorisation des différents malades, d'évaluer les différents traitements chirurgicaux pratiqués actuellement et de prendre position sur les nouvelles approches en chirurgie bariatrique.

*Agence d'évaluation
des technologies
et des modes
d'intervention en santé*

Québec 