



**L'organisation
de la chirurgie
bariatrique
au Québec
Plan d'action**





**L'organisation
de la chirurgie
bariatrique
au Québec
Plan d'action**



Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : **www.msss.gouv.qc.ca** section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN : 978-2-550-56081-4 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-56082-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2009

Table des matières

Contexte	1
L'obésité	2
Les conséquences de l'obésité	3
Le traitement de l'obésité	3
Les bénéfices de la chirurgie bariatrique	5
Les services offerts au Québec	6
Les services connus	6
La santé publique et la place de la promotion-prévention	6
La médecine bariatrique	6
La chirurgie bariatrique	6
Listes d'attente	7
Le plan d'action	9
Les actions préconisées	10
Évaluation du programme	11

Contexte

En 2005, répondant en cela à un mandat que lui avait confié le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) publiait le rapport *Le traitement chirurgical de l'obésité morbide*¹, qui consistait en une évaluation des techniques chirurgicales actuellement utilisées pour le traitement de l'obésité morbide. L'une des conclusions de l'AETMIS était que le traitement chirurgical de l'obésité morbide était une intervention efficace. De plus, l'AETMIS présente, dans son rapport, trois recommandations que le ministère a fait sien. Ces recommandations visaient principalement :

- à déterminer les besoins actuels et accroître la capacité d'offrir les interventions en chirurgie bariatrique afin d'assurer un accès équitable pour le traitement de l'obésité morbide;
- à préciser les conditions dans lesquelles les chirurgies bariatriques auront lieu et assujettir les programmes à une démarche d'assurance qualité;
- à mettre en place un registre provincial sur l'obésité morbide et sa prise en charge.

Suite au rapport de l'AETMIS, un groupe d'experts formé de spécialistes du domaine a été mis en place et avait pour mandat de présenter des recommandations relativement à l'accès des personnes obèses morbides aux services de chirurgie bariatrique. Le plan d'action *L'organisation de la chirurgie bariatrique au Québec* reprend, pour l'essentiel les recommandations du groupe d'experts et propose des actions concrètes afin de les rendre opérationnelles.

1. 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, Montréal, AETMIS, 2005.

L'obésité

L'obésité se caractérise par la présence d'un excès de tissus 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). Le terme d'obésité s'applique lorsque l'IMC est égal ou supérieur 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. Depuis 2006, on décrit également l'obésité par le tour de taille. Si celui-ci excède 79 cm pour les femmes et 93 cm pour les hommes, on parle d'obésité abdominale.

On parle d'obésité morbide lorsque l'IMC se situe à 40 ou plus, ou à $35 \text{ kg}/\text{m}^2$ en présence de maladies associées.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la prévalence de l'obésité et de l'embonpoint augmente à un rythme alarmant à l'échelle mondiale. Le problème touche autant les enfants que les adultes, et autant les pays développés que les pays en voie de développement².

Tableau 1. **Classification internationale du poids chez l'adulte selon l'indice de masse corporelle**

Catégorie de poids	Indice de masse corporelle
Poids insuffisant	< 18,5
Poids normal	18,5 à 24,9
Embonpoint	25,0 à 29,9
Obésité classe I	30,0 à 34,9
Obésité classe II	35,0 à 39,9
Obésité classe III	$\geq 40,0$

Source : OMS, 2004.

Les statistiques les plus récentes montrent que parmi l'ensemble des pays développés, le Canada fait piètre figure en ce qui concerne la proportion de la population souffrant d'obésité. Seuls la Nouvelle-Zélande, la Grèce, le Royaume-Uni et les États-Unis affichent des proportions supérieures à celle du Canada³.

Même si le Québec s'en tire plutôt bien comparativement aux autres provinces canadiennes, son classement mondial est équivalent à celui du Canada. Au Québec, plus de 1,3 million de personnes sont aux prises avec un problème d'obésité et parmi elles, près de 300 000 (5 % de la population adulte) sont obèses morbides.

La prévalence de l'obésité augmente aussi de façon significative au Québec. En effet, les données de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) montrent qu'entre 1987 et 2003, la population de personnes obèses de 18 ans ou plus a presque doublé, pour passer de 7,9 % à 14,1 %. Plus préoccupant encore, au Canada, entre 1979 et 2004, l'obésité est passée de 3 % à 8 % chez les jeunes âgés entre 2 et 17 ans. La proportion d'obèses pour ce même groupe d'âge au Québec est de 7 %⁴.

On constate une augmentation de la prévalence dans toutes les catégories de surpoids, mais la prévalence de l'obésité morbide est celle qui augmente le plus rapidement. Entre 1978 et 2004, la proportion d'obèses morbides dans la population a triplé, pour passer de 0,9 % à plus de 2,7 % durant cette période.

Avec une prévalence de 14,2 %, l'obésité se situe derrière l'hypertension (15,1 %), mais devant les maladies ostéo-articulaires (14 %), l'asthme (8,6 %), les maladies cérébrovasculaires (5,1 %), le diabète (5,1 %) et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (2,8 %).

Les conséquences de l'obésité

L'obésité est liée à des risques plus grands de diabète de type 2, d'hypertension, de dyslipidémie et de maladie cardiovasculaire. Il existe également un lien entre l'obésité et plusieurs types de cancer et d'autres maladies chroniques telles que l'arthrose et les problèmes respiratoires.

L'obésité représente également un fardeau économique important. Bien que, comme le souligne l'AETMIS dans son rapport de 2005, ce fardeau soit difficile à déterminer, au Québec, en 1999-2000, l'obésité aurait entraîné des dépenses de 700 millions de dollars (soit 5,8 % du budget provincial de santé pour cette année-là), et des pertes de productivité supérieures à 800 millions de dollars.

Le traitement de l'obésité

Il existe plusieurs façons de traiter l'obésité : par l'alimentation, l'activité physique, les thérapies comportementales, la médication et la chirurgie.

Les approches conventionnelles – régimes alimentaires associés à la pratique d'activité physique – sont principalement orientées sur la prise en charge, par la personne obèse, de son style de vie. Les traitements pharmacologiques sont souvent complémentaires à la prise en charge du style de vie.

Plusieurs études montrent toutefois qu'à long terme, ces traitements sont peu efficaces dans le cas de l'obésité morbide. De fait selon ces études, et des autorités de santé publique comme l'OMS, le seul traitement efficace à long terme pour l'obésité morbide est la chirurgie.

Le traitement chirurgical de l'obésité renvoie aux techniques chirurgicales qui consistent à restreindre l'absorption de nutriments, ce qui a pour effet de diminuer l'apport calorique journalier. Il existe diverses techniques, qui peuvent être classées en deux grandes catégories.

Les techniques restrictives visent à diminuer l'ingestion alimentaire par la réduction de la capacité gastrique. Ce sont :

- les gastroplasties, qui consistent en la création d'une poche par agrafage ou par section-agrafage sur le plan horizontal ou vertical (gastroplastie verticale calibrée);
- la pose d'un anneau de gastroplastie, soit un anneau fixe ou ajustable qui forme un réservoir gastrique de petit volume.

La seconde catégorie regroupe 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. Ce sont :

- 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.

En ce qui concerne le traitement chirurgical de l'obésité morbide, l'AETMIS en arrive à la conclusion suivante :

« 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 efficiente. Bien que ses coûts soient relativement élevés, 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). » (AETMIS, p. ix)

Les bénéfices de la chirurgie bariatrique

L'obésité morbide est associée à plusieurs comorbidités (diabète, hypertension artérielle, apnée du sommeil, asthme, etc.). En conséquence, les personnes souffrant d'obésité morbide utilisent beaucoup les soins de santé. De plus, l'obésité morbide a des effets négatifs considérables sur la qualité de vie et la capacité à travailler. La chirurgie bariatrique a le potentiel, par la perte de poids, de réduire de façon importante les comorbidités et partant, la consommation de soins de santé.

Cette dernière question a fait l'objet de nombreuses études. Par exemple une équipe de l'Université McGill a comparé les coûts en soins de santé occasionnés pendant cinq ans par deux groupes de patients : l'un était composé de personnes qui avaient eu une chirurgie bariatrique, l'autre – le groupe témoin – était composé d'obèses morbides non opérés. Les résultats montrent que la chirurgie bariatrique permet à long terme des économies dans les coûts du système de soins. C'est sans compter les autres économies dues au retour au travail des personnes opérées, à leur participation à des activités sociales, etc., et qui n'ont pas été évaluées dans cette étude.

Une méta-analyse publiée en 2008 montre que les coûts de la chirurgie bariatrique se remboursent en deux à quatre ans. Ce résultat est expliqué par la consommation moindre de médicaments chez les patients opérés ainsi que par la diminution des visites à l'hôpital et des consultations médicales.

Les services offerts au Québec

Les services connus

La santé publique et la place de la promotion-prévention

La santé publique a mis en œuvre, depuis plusieurs années, divers programmes et mesures visant l'amélioration du mode de vie de la population. Elle s'est par exemple attaquée au tabagisme, à la toxicomanie et à la consommation d'alcool. Et avec le plan d'action 2006-2012 *Investir pour l'avenir*, le gouvernement témoigne qu'il s'attache maintenant à la promotion des saines habitudes de vie et à la prévention des problèmes reliés au poids.

La médecine bariatrique

Selon les informations recueillies par le groupe d'experts, il est juste de dire que la médecine bariatrique n'existe pas au Québec. Les approches médicales sont plutôt centrées sur des troubles particuliers que sur l'ensemble de la maladie : on soigne le diabète, l'hypertension, l'apnée du sommeil. Mais rarement on traite de l'ensemble des dimensions touchant l'obésité à l'intérieur d'un continuum de services hiérarchisés. À cet égard, la médecine bariatrique est un secteur à développer et un réseau à bâtir.

La chirurgie bariatrique

C'est pour le domaine de la chirurgie bariatrique que l'état actuel de la situation est le plus connu. L'état de situation a été dressé à partir de plusieurs sources d'information. Il est basé sur un questionnaire rempli à l'automne 2005 par les agences où se trouvent des services de chirurgie bariatrique (huit centres hospitaliers ont donné des informations) ainsi que sur les propos recueillis à l'été 2006 au cours de la visite de trois centres hospitaliers, soit le Centre universitaire de santé McGill (CUSM), l'Hôpital Laval (devenu depuis l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec) et l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. De plus, une tournée récente des établissements (en mars et avril 2009) a permis de mettre à jour les données. Les plus récentes données disponibles sur les volumes d'activité ainsi que les prévisions pour les trois prochaines années sont présentés au tableau 2.

Au Québec, les interventions chirurgicales les plus courantes sont :

- la pose de l'anneau gastrique ajustable;
- la dérivation gastrique avec anse de Roux en Y;
- la dérivation biliopancréatique avec gastrectomie pariétale.

Tableau 2. Volume de chirurgies bariatriques par établissement, Québec, 2008-2009 à 2011-2012

Établissement	2008-2009	2009-2010*	2010-2011*	2011-2012*
RUIS de l'Université Laval				
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	275	420	545	675
CSSS de Chicoutimi	s. o.	s. o.	s. o.	100
CSSS Rimouski-Neigette	s. o.	s. o.	s. o.	75
RUIS de l'Université McGill				
Centre universitaire de santé McGill	120	250	400	520
CSSS de Gatineau	s. o.	s. o.	s. o.	75
CSSS de la Vallée-de-l'Or	25	55	55	55
RUIS de l'Université de Montréal				
Hôpital Sacré-Cœur	125	250	500	500
Hôpital Pierre-Boucher	200	400	600	600
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	s. o.	s. o.	s. o.	100
CSSS de Laval (Cité de la santé)	10	–	–	100
RUIS de l'Université de Sherbrooke				
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	25	100	100	150
Hôpital Sainte-Croix	60	60	60	60
Total	840	1535	2260	3000

* Prévisions. Celles-ci comprennent, pour l'année 2011-2012, la production prévue dans des centres ciblés pour développement.

Listes d'attente

Un élément ressort massivement de l'état de situation : l'existence de listes d'attentes importantes. Le délai d'attente varie de six mois à cinq ans selon les établissements. Cependant, il convient de préciser que les patients en attente d'une chirurgie bariatrique sont inscrits parmi les autres patients en attente d'une chirurgie, et qu'il ne nous a pas possible d'en isoler le nombre.

Les principales causes évoquées par les milieux pour expliquer un délai d'attente parfois long sont, dans l'ordre :

- la disponibilité du temps opératoire;
- le budget;
- le manque de chirurgiens intéressés;

- l'absence de lits dédiés;
- le manque d'équipes multidisciplinaires.

Une estimation budgétaire

La plupart des établissements rencontrés en mars et avril 2009 ont estimé à environ 8000 \$ le coût d'une chirurgie bariatrique. Un établissement estimait toutefois ce coût à 16 000 \$.

Le plan d'action

Le plan d'action proposé vise l'organisation des services de chirurgie et de médecine bariatriques au Québec. Ces actions se veulent adaptées au contexte du Québec. En effet, le Québec a connu dans les dernières années une augmentation marquée du nombre de personnes obèses, et particulièrement d'obèses morbides. De plus, il faut tenir compte de la capacité du réseau de la santé à répondre à la demande, puisque celui-ci fait face à un manque de personnel dans de nombreux domaines.

Le défi est donc d'organiser les services pour le suivi de cette clientèle dans un continuum de soins. Une hiérarchie des services, de la première ligne vers les centres régionaux et vers les centres ultrasécialisés, doit être mise en place. Cette hiérarchisation passe par des actions concrètes, telles que la désignation de centres experts et de centres secondaires.

Le plan d'action vise principalement à améliorer l'accès aux services de chirurgie bariatrique.

Il est important de rappeler que le plan ne comporte aucune action en matière de prévention de l'obésité : ce volet est du ressort de la direction de la santé publique et fait déjà l'objet d'actions précises.

Les objectifs du plan d'action sont les suivants :

- augmenter l'accessibilité des services spécialisés et ultraspecialisés dans le traitement de l'obésité, et principalement de la chirurgie bariatrique (1000 cas par année);
- organiser les services, le continuum des services et les corridors de services pour la clientèle opérée en chirurgie bariatrique;
- mettre en place les mécanismes de contrôle de la qualité des services;
- favoriser la concentration de l'expertise.

Les actions préconisées

Le plan d'action se présente en trois phases de mise en œuvre. Il vise principalement à augmenter l'accessibilité de la chirurgie bariatrique pour la clientèle obèse morbide. Il tient compte de la capacité du réseau à absorber l'augmentation de services.

Il vise également la **désignation ministérielle de quelques centres d'expertise de chirurgie bariatrique et de centres régionaux d'accès à des techniques plus courantes**. Le ministre, après consultation des agences de santé et de services sociaux, désignera les centres à qui sera confiée la chirurgie bariatrique.

Les actions sont divisées en trois phases ayant les objectifs suivants :

- Phase 1 : atteindre 1500 chirurgies bariatriques annuellement;
- Phase 2 : atteindre 2250 chirurgies bariatriques annuellement;
- Phase 3 : atteindre 3000 chirurgies bariatriques annuellement.

L'objectif de la phase 1 est d'atteindre 1500 chirurgies bariatriques par année au Québec, toutes techniques confondues. Cet objectif nous apparaît tout à fait réaliste puisque nous avons validé la capacité des établissements à opérer. Les autres actions proposées permettront de mettre en place les conditions nécessaires pour s'assurer de l'augmentation de volume prévue (ouverture d'une seconde salle d'opération à l'IUCPQ, ouverture du centre de chirurgie bariatrique à l'Hôpital de Lachine du CUSM, couverture par les régimes d'assurance de l'anneau gastrique ajustable).

En phase 2, le nombre de chirurgies bariatriques devrait passer à 2250 par année. Cette phase 2 se réalisera à compter de l'année 2. En phase 3, qui se réalisera dans la troisième année de mise en œuvre du plan d'action, le nombre annuel de chirurgies bariatriques devrait passer de 2250 chirurgies bariatriques par année à 3000. Les actions proposées pour l'atteinte des objectifs du plan d'action et leurs coûts associés sont présentés au tableau 3.

Autosuffisance de chaque RUIS

Seuls les établissements qui pratiquent déjà la chirurgie bariatrique ont été considérés dans l'augmentation du volume d'activité pour les prochaines années. Or, force est de constater que les activités de chirurgie bariatrique sont concentrées dans certaines régions et que d'autres ne sont pas couvertes. Aussi la planification des phases 2 et 3 devra-t-elle prévoir l'ouverture de centres dans les régions non couvertes à l'heure actuelle. À moyen terme, chaque RUIS devrait être autosuffisant et être en mesure d'offrir le service à la clientèle de son territoire. Pour les centres où des services de chirurgie bariatrique devraient être

développés à compter de l'année 2011-2012, voir le tableau 2. Ces nouveaux centres sont situés dans les régions suivantes :

- Outaouais;
- Saguenay–Lac-Saint-Jean;
- Bas-Saint-Laurent;
- Mauricie et Centre-du-Québec.

En soutien à l'organisation des centres de chirurgie bariatrique, le Ministère implantera des appareils de résonance magnétique ouverts, mieux adaptés à la clientèle des obèses morbides. Une somme de trois millions de dollars a été accordée au CUSM pour l'installation d'un appareil à l'Hôpital de Lachine. Un second appareil sera à prévoir pour l'est du Québec.

Évaluation du programme

Comme tout nouveau programme, le programme de chirurgie bariatrique devra être évalué, afin de permettre une révision si nécessaire. Dans cette optique, une évaluation simple devra être réalisée deux ans après le début du programme. Les indicateurs utilisés devraient permettre d'évaluer l'implantation du programme (mise en place des équipes, qualité du travail en équipe, etc.) de même que son efficacité (perte de poids moyenne chez les patients, taux de complications, etc.).

La mise en place d'un registre national sur l'obésité morbide faciliterait l'évaluation du programme. D'ailleurs, et comme on l'a mentionné, l'AETMIS recommandait l'instauration d'un tel registre dans son rapport de 2005. « 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 », commentait en outre l'AETMIS (AETMIS, p. v).

Tableau 3. Actions proposées

Actions proposées	Coût non récurrent	Coût récurrent
Phase 1		
Désigner l'IUCPQ et le CUSM comme centres experts en chirurgie bariatrique.	s. o.	s. o.
Financer l'ouverture d'une seconde salle d'opération dédiée à la chirurgie bariatrique à l'IUCPQ.	2,2 M\$	s. o.
Ouverture du centre de chirurgie bariatrique à l'Hôpital de Lachine du CUSM.	1,5 M\$	s. o.
Augmentation des volumes de chirurgie bariatrique jusqu'à 1500 dans les centres désignés (tableau 2). Augmentation totale de 660 chirurgies (8000 \$ par chirurgie).	s. o.	5,28 M\$
Couverture d'assurance du coût de la bande gastrique pour les patients qui en auraient besoin. On estime à 500 le nombre d'anneaux gastriques ajustables posés la première année.	s. o.	2,5 M\$
Implantation d'un appareil de résonance magnétique ouvert à l'Hôpital de Lachine du CUSM (déjà annoncé).	3 M\$	s. o.
Phase 2		
Augmentation des volumes de chirurgie bariatrique jusqu'à 2250 dans les centres désignés (tableau 2). Augmentation totale de 750 chirurgies (8000 \$ par chirurgie).	s. o.	6 M\$
Coût associé à l'augmentation des poses d'anneau gastrique ajustable (250 anneaux supplémentaires prévus).	s. o.	1,25 M\$
Phase 3		
Augmentation des volumes de chirurgie bariatrique jusqu'à 3000 dans les centres désignés (tableau 2). Augmentation totale de 750 chirurgies (8000 \$ par chirurgie).	s. o.	6 M\$
Coût associé à l'augmentation des poses d'anneau gastrique ajustable (250 anneaux supplémentaires prévus).	s. o.	1,25 M\$
Total des investissements nécessaires	6,7 M\$	22,28 M\$

Conclusion

Les traitements chirurgicaux sont les seuls traitements qui se sont révélés efficaces à long terme pour les personnes atteintes d'obésité morbide. En 2008-2009, 840 chirurgies bariatriques ont été réalisées au Québec. Compte tenu des besoins, ce sont plutôt entre 2500 et 3000 chirurgies bariatriques qui devraient être pratiquées annuellement.

Le présent plan d'action contient une série d'actions visant à permettre d'atteindre ce volume d'activité. Ces actions, à réaliser sur une période de trois ans, nécessiteront un investissement de 28,98 millions de dollars.

www.msss.gouv.qc.ca