

Plaidoirie pour ma requête en annulation d'une requête de rejet d'une plainte.

Je ne débattrai pas du fond de ma plainte, mais je vais démontrer que ma plainte n'est pas frivole et que la question que je pose doit être débattue.

L'intimé fut président de l'association canadienne des médecins et chirurgiens bariatriques Voir (R1).



<https://iucpq.qc.ca/fr/actualites/dr-laurent-biertho-elu-titre-de-president-de-l-association-canadienne-des-medecins-et>

Accueil

Vendredi, 14 octobre 2016

Dr Laurent Biertho, élu à titre de ~~président de l'Association~~ canadienne des médecins et chirurgiens bariatriques



Alors, en tant que porte-parole, il avait l'exigence professionnelle de s'exprimer en public de manière claire et sans ambiguïté. Voir (R2)

<https://cssspnql.com/les-bases-de-la-communication-efficace/>



COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS
DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

(R2)



Actualité

Blogue

Les bases de la communication efficace

3. Le message

Trois principes sont à retenir pour créer le contenu à communiquer : utilité, clarté et concision.

1. Tout d'abord, l'information transmise doit être utile et pertinente pour les gens à qui elle est destinée. Selon le sujet, le choix des aspects essentiels à connaître peut différer; tout dépend de la cible. La clé est donc de prendre un peu de recul pour se mettre à la place des personnes à qui l'on s'adresse et se demander de quelle information elles ont réellement besoin.
2. Pour faciliter la compréhension, le message doit être clair, sans ambiguïté : pas pour vous, mais bien pour vos destinataires! Faites en sorte que votre cible ne se pose pas de questions et est en mesure de comprendre rapidement. Laissez de côté le jargon technique et utilisez un langage simple. Au besoin, employez des comparaisons pour expliquer les notions complexes. Si une cible doit faire trop d'effort pour décoder un message, elle finit par décrocher.
3. Enfin, soyez **concis**! Souvenez-vous que la capacité d'attention des gens est limitée. Après une présentation d'une heure, par exemple, il est souvent plus difficile d'être concentré, alors il faut en tenir compte quand on communique. La majorité du temps, tout est une question de minutes, ou même de secondes. C'est pourquoi on gagne à aller droit au but. Pour tirer pleinement profit de votre effort de communication, faites en sorte que votre cible trouve son compte rapidement, sans perdre l'intérêt!



Comme médecin, il était assujéti à l'article 88.0.1 de son code de déontologie qui dit que: Voir (R3)

« Le médecin qui s'adresse au public doit communiquer une information factuelle, exacte et vérifiable. »

Code de déontologie des médecins

<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/M-9,%20r.%2017%20/>

 **88.0.1.** Le médecin qui s'adresse au public doit communiquer une information factuelle, exacte et vérifiable. Cette information ne doit contenir aucune déclaration de nature comparative ou superlative dépréciant ou dénigrant un service ou un bien dispensé par un autre médecin ou d'autres professionnels.

D. 550-2010, a. 2.

(R3)

Les médecins doivent s'exprimer en public avec clarté et exactitude pour les raisons suivantes:

Premièrement, parce que la médecine n'est pas un commerce.
Voir (R4)

On ne peut pas en faire la promotion d'une intervention chirurgicale comme on peut le faire avec un produit commercial, en exagérant les avantages ou les bienfaits pour donner l'impression que celui-ci est meilleur qu'en réalité.

En d'autres mots, de dorer la pilule.

Il y a une différence entre faire de la promotion et informer.

Éthiquement parlant, un médecin doit se contenter d'informer.

Droit-medical.com

Droit médical Droit de la santé

lundi, 16 janvier 2023

 Rechercher

Accueil

Perspectives

Actualités

Réactions

Revue de presse

Enquêtes

Emplois – Stages

Conventions collectives

Textes de référence

Liens

Google

Plan du site

Droit-medical.com

La médecine : un commerce ou pas ?

Écrit par [Droit-medical.com](#) le 12 octobre 2009. Dans la rubrique [Evolution](#)

L'article [R 4127-19](#) du code de la santé publique a beau prévoir que « La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce », cela n'empêche pas les médecins d'être de plus en plus souvent soumis aux règles du droit commercial. À la vue de certains sites de chirurgie ou de médecine esthétique, même ceux respectant les recommandations du conseil national de l'ordre des médecins, on pourrait très vite penser avoir compris pourquoi, mais ce n'est pourtant pas dans ces domaines que le droit commercial a le plus tendance à s'imposer. Qu'elle soit le fait des praticiens eux-mêmes, d'autres professionnels de santé, de l'industrie, des assureurs ou des complémentaires santé, de la Sécurité sociale ou des pouvoirs publics le fait d'assimiler la pratique des soins au commerce conduit à des dérives qui font passer les considérations économiques, bien avant les considérations propres à la santé publique.



Pour s'en convaincre, il suffit de lire le plaidoyer du Conseil de la concurrence pour son action dans le domaine de la santé dans les [études thématiques](#) de son rapport pour l'année 2008. Il va sans dire que ce travail ne se résume pas aux seuls médecins, mais de nombreuses questions les intéressant y sont traitées. À la lecture de ce document, on comprend rapidement à quel point le Conseil de la concurrence assimile la médecine à un commerce et se plaît à y appliquer le droit de la concurrence. De façon assez paradoxale, si les règles de la concurrence sont appliquées aux médecins, il n'est nulle part suggéré de laisser aux praticiens la possibilité de lutter à armes égales lorsque leurs activités font l'objet de la concurrence d'autres professionnels de santé, qu'ils soient médecins ou non, basés dans l'Hexagone ou ailleurs. Excessivement rares sont les cas où le Conseil de la concurrence semble défendre les médecins, voire même des patients, donnant plutôt l'impression de prendre le parti des intérêts commerciaux de l'industrie, des professions de santé fortement impliquées dans le commerce ou des tenants des économies de santé aux dépens de la santé publique. Peut-être la composition du Conseil de la concurrence, y est-elle pour quelque chose ?



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit

Code de la santé publique

■ Partie réglementaire (Articles R1110-1 à D6431-75)

■ [Quatrième partie : Professions de santé \(Articles D4011-1 à D4423-1\)](#)

■ [Livres Ier : Professions médicales \(Articles D4111-1 à D4153-28\)](#)

■ [Titre II : Organisation des professions médicales \(Articles R4122-1 à R4127-367\)](#)

■ [Chapitre VII : Déontologie \(Articles R4127-1 à R4127-367\)](#)

■ [Section 1 : Code de déontologie médicale \(Articles R4127-1 à R4127-112\)](#)

[Sous-section 1 : Devoirs généraux des médecins. \(Articles R4127-1 à R4127-31\)](#)

Naviguer dans le sommaire du code

► Article R4127-19

Version en vigueur du 08 août 2004 au 25 décembre 2020

La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce.

Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale.

Votre a

Deuxièmement, parce qu'un médecin qui parle en public d'une intervention chirurgicale, participe à la réflexion des personnes qui pourraient décider de la subir un jour et qui devront, à ce moment-là, faire un consentement qui se doit d'être libre et éclairé d'après les articles 28 et 29 du code de déontologie. Voir (R5)

Code de déontologie des médecins

<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/M-9,%20r.%2017%20/>

SECTION III
CONSENTEMENT

🕒 **28.** Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé.

D. 1213-2002, a. 28.

🕒 **29.** Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter.

D. 1213-2002, a. 29.

Prendre une décision libre signifie ne pas mettre de la pression sur la personne, en lui faisant peur avec les dangers de l'obésité sur la santé, par exemple.

Je vous réfère aux titres de chroniques que choisit Richard Béliveau dans les journaux de Québecor. Voir (R6)(R7)

L'effet catastrophique de l'obésité sur les vaisseaux sanguins

Le Journal de Québec Lundi 19 décembre 2022 p.34

34 SPECTACLES LE JOURNAL DE QUÉBEC LUNDI 19 DÉCEMBRE 2022

SANTÉ Recherche

L'effet catastrophique de l'obésité sur les vaisseaux sanguins



Une analyse systématique révèle que l'excès de poids a plusieurs effets négatifs sur la fonction des cellules dites endothéliales qui tapissent les vaisseaux sanguins de différents organes.

L'Organisation mondiale de la santé rapportait récemment qu'il y a actuellement dans le monde 1 milliard de personnes qui sont obèses, incluant 340 millions d'adolescents et 40 millions d'enfants.

La conséquence immédiate de cette forte prévalence du surpoids est de hausser dramatiquement le risque de développer un très grand nombre de maladies chroniques et d'amputer par le fait même plusieurs années d'espérance de vie à ces personnes en surpoids.

Plusieurs facteurs contribuent à la forte hausse du risque de maladies observée chez les personnes en surpoids.

On sait par exemple que l'excès de graisse détraque le métabolisme (la réponse à l'insuline,

en particulier) et crée des conditions pro-inflammatoires propices au développement de certaines maladies, notamment le diabète de type 2 et certains types de cancers.

Il semble aussi que la hausse des pathologies associées au surpoids serait due à un effet négatif direct de l'excès de graisse sur plusieurs organes.

En ce sens, il est remarquable que des maladies aussi diverses que l'athérosclérose, l'insuffisance cardiaque, la neurodégénérescence, les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension pulmonaire, les maladies vasculaires rénales et les complications vasculaires hépatiques soient toutes causées, au moins en partie, par un dysfonctionnement des vaisseaux sanguins.

Il est donc possible que les vaisseaux sanguins soient particulièrement vulnérables aux bouleversements causés par le surpoids et contribuent au développement de pathologies touchant plusieurs organes distincts.

VARIATIONS INDIVIDUELLES

Pour évaluer cette possibilité, une équipe de chercheurs allemands a utilisé les techniques modernes de transcriptomique pour mesurer la concentration d'ARN de milliers de gènes au niveau des cellules endothéliales présentes dans différents organes provenant d'animaux obèses.

Puisque ces cellules endothéliales tapissent l'intérieur des vaisseaux sanguins, elles sont en contact étroit avec la circulation sanguine et donc directement exposées aux modifications engendrées par l'excès de graisse.

L'analyse systématique de 376 000 cellules endothéliales dis-

tingentes provenant de sept organes différents (cerveau, poumon, cœur, rein, foie, tissu adipeux viscéral et tissu adipeux sous-cutané) a révélé que l'obésité provoquait des perturbations importantes dans l'expression de plusieurs gènes par ces cellules.

Ces changements sont cependant très différents d'un organe à un autre : par exemple, les variations génétiques observées au niveau du foie touchent surtout le métabolisme des lipides, alors que les vaisseaux du rein sont beaucoup plus sensibles et développent de graves dysfonctions métaboliques.

Les cellules endothéliales du poumon présentent quant à elles un fort excès de molécules inflammatoires, qui pourrait contribuer à la sensibilité accrue des personnes obèses aux virus respiratoires, comme cela a été constaté lors de la pandémie de COVID-19, avec l'obésité comme cause majeure d'hospitalisation et de décès chez les adultes de moins de 50 ans.

Les cellules des vaisseaux du cerveau, quant à elles, montrent une diminution des gènes impliqués dans le transport de molécules du sang vers le cerveau (ce qui contribuerait au lien démontré entre l'obésité et les neurodégénérescences).

Les cellules des vaisseaux du cœur montrent, elles, une augmentation de gènes impliqués dans le développement de plaques d'athérome, en accord avec les études montrant que l'obésité accélère le processus d'athérosclérose et représente un important facteur de risque d'accidents cardiovasculaires.

Un aspect intéressant de l'étude est de montrer que ces variations sont en grande partie réversibles par des modifications à l'alimentation

des animaux de façon à éviter l'excès de poids.

Encore ici, étonnamment, la réponse des vaisseaux dépend de leur localisation anatomique : les cellules endothéliales du foie récupèrent complètement après avoir éliminé l'alimentation obésogène, celles localisées au niveau du cœur ne reviennent que partiellement à leur état normal tandis que celles du rein ne montrent aucun progrès.

Ces résultats suggèrent que la fonction de la plupart des vaisseaux sanguins peut être améliorée en adoptant de meilleures habitudes alimentaires, mais que des dommages puissent subsister au niveau de certains organes. Un autre argument en faveur d'une approche agressive pour prévenir autant que possible le développement de l'obésité, en particulier chez les enfants et adolescents, pour éviter une exposition prolongée des organes vitaux à l'effet néfaste de l'excès de graisse.

La prévention du surpoids devrait être une priorité individuelle et sociale dans notre vision globale de la santé, comme la prévention du tabagisme.



RICHARD BÉLIVEAU
Docteur en biologie
Collaboration spéciale

1. ONU Info (4 mars 2022). Plus d'un milliard de personnes dans le monde sont obèses (OMS). news.un.org/fr/story/2022/03/115672.
2. Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 2009; 373: 1083-1096.
3. Bondareva O et coll. Single-cell profiling of vascular endothelial cells reveals progressive organ-specific vulnerabilities during obesity. *Nat. Metab.* 2022; 4: 1593-1600.

Vers un tsunami de cancers liés à l'obésité

Le Journal de Québec Lundi 29 août 2022 p.34

34 VIE LE JOURNAL DE QUÉBEC LUNDI 29 AOÛT 2022

PHOTO: ADRIEN STOK

VERS UN TSUNAMI DE CANCERS LIÉS À L'OBÉSITÉ

Au cours de la dernière décennie, la plus forte augmentation de la mortalité liée au cancer a été attribuable à l'obésité et à ses conséquences métaboliques. Avec la forte hausse du nombre de jeunes adultes en surpoids, il est à craindre que le pire reste à venir et que nous devrions faire face à une importante vague de cancers dans les prochaines années.

Le cancer est au sens strict du terme une maladie génétique dans la mesure où ce sont des gènes défectueux qui sont responsables de son apparition et de sa progression. Dans la majorité des cas, cependant, ces gènes défectueux ne sont pas transmis par l'hérédité, mais apparaissent plutôt en réponse à différents facteurs du mode de vie qui facilitent leur expression. Des agresseurs toxiques comme le tabac, l'excès d'alcool, les rayons UV, bien entendu, mais aussi d'autres facteurs, comme le surpoids et la sédentarité. Contrôler l'exposition à ces facteurs de risque représente donc un prérequis essentiel pour prévenir le cancer et réduire autant que possible son impact négatif sur notre société.

TABAC VERSUS SURPOIDS

Une grande étude récemment publiée dans la prestigieuse revue *Lancet* est une bonne illustration de l'énorme contribution de ces différents facteurs liés au mode de vie sur le risque de cancer⁽¹⁾. Globalement, en 2019, l'analyse montre que l'ensemble des facteurs de risque modifiables ont été responsables de 4,5 millions de décès causés par le cancer (une hausse de 20 % depuis 2010), ce qui représente près de la moitié de la mortalité liée à cette maladie à l'échelle mondiale. Les pays riches sont frappés de façon disproportionnée par le cancer, avec environ 25 % des décès totaux liés à cette maladie même s'ils ne représentent globalement que 13 % de la population mondiale.

Le tabac demeure le principal facteur de risque de cancer, étant responsable à lui seul d'environ 2,5 millions de décès liés à la maladie. La bonne nouvelle est que ce nombre de décès est quant à lui en baisse, avec une diminution de 10 %. La forte baisse du nombre de fumeurs qui s'est produite au cours des dernières décennies porte donc ses fruits et on peut prévoir qu'avec la diminution constante du tabagisme, en particulier chez les jeunes, ces décès vont continuer à diminuer significativement au cours des prochaines années. Les cancers liés à la consommation excessive d'alcool, quatre fois moindre que ceux dus au tabac, sont eux aussi en baisse.

À l'opposé, la mauvaise nouvelle apportée par l'étude est la contribution de plus en plus grande de l'obésité (et des désordres métaboliques qui en découlent) à la mortalité liée au cancer.

En pratique, au cours de la décennie 2010-2019, le surpoids a représenté le facteur de risque responsable de la plus forte hausse de la mortalité causée par le cancer, avec une hausse de 35 % des décès qui sont attribuables à l'obésité. Malheureusement, cette trajectoire va dans le sens opposé à celle du tabac, car le nombre de personnes en surpoids continue d'augmenter. Les progrès réalisés par la lutte du tabac sont donc, dans une certaine mesure, en voie d'être contrecarrés par cette hausse de l'incidence de l'obésité.

EXPLOSION D'OBÉSITÉ

Il faut voir ces résultats dans le contexte d'une étude parue l'automne dernier qui montrait que la proportion de jeunes adultes américains obèses avait littéralement explosé au cours des dernières décennies⁽²⁾. Dans cette étude, les chercheurs avaient tout d'abord montré que l'indice de masse corporelle (IMC) moyen des jeunes âgés de 18 à 25 ans était passé de 23,1 en 1976 à 27,7 en 2018. C'est une augmentation importante, mais c'est encore davantage le nombre de personnes devenues obèses au cours de cette période qui frappe, passant de 6,2 % en 1976 à 32,7 % en 2018.

En 40 ans à peine, l'obésité a donc quintuplé dans ce groupe d'âge, ce qui est vraiment inquiétant, étant donné que ces personnes sont encore jeunes et seront donc exposées pendant de nombreuses années aux perturbations métaboliques provoquées par l'excès de masse adipeuse.

Le risque de cancer dans les années qui suivent sera donc forcément plus élevé chez cette population (sans oublier les autres maladies qui sont associées à l'obésité), ce qui risque de créer une énorme vague de cancers attribuables au surpoids au cours des prochaines décennies.

(1) GBD 2019 Cancer Risk Factors Collaborators. The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010-19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2022; 400: 563-591.

(2) Ellison-Barnes A et coll. Trends in obesity prevalence among adults aged 18 through 25 years, 1976-2018. *JAMA* 2021; 326: 2073-2074.

RICHARD BÉLIVEAU
Docteur en biochimie
Collaboration spéciale

Prendre une **décision éclairée** signifie ne pas influencer une personne avec des arguments qui amplifient les bienfaits d'une chirurgie et qui y attribuent des vertus qui n'existent pas, cela tout en parlant peu ou pas du tout des complications possibles.

Voir (R8)(R9)(R10A)(R10B)(R10C)

Exemple de formulaire de consentement

CABINET CHIRURGICAL DES DRS BREDEN | CLAUDON | IDERNE | PODELSKI | THIRY

37, avenue de Colmar | 67100 STRASBOURG | Tél. 03 90 27 41 00

Docteur Valérie PODELSKI

Ancien Chef de Clinique et Assistant des Hôpitaux de Strasbourg | 67 1 90236 9

www.chirurgie-obesite-strasbourg.fr

(R8)

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR UNE SLEEVE

Vous envisagez de bénéficier d'une sleeve (gastrectomie longitudinale). Avant de vous opérer, il est de la responsabilité de votre chirurgien de s'assurer que vous ayez bien compris les risques que comporte cette intervention.

Les complications sont rares mais elles doivent être reconnues et traitées le plus tôt possible car elles peuvent avoir des conséquences graves, et parfois mortelles.

Les complications médicales

- L'épreuve que représente l'intervention pour l'organisme peut chez les patients prédisposés provoquer une **crise cardiaque**.
- Malgré toutes les précautions pour éviter les phlébites (caillots de sang dans les veines des jambes), il peut arriver qu'elles se forment et qu'une partie du caillot sanguin se détache et bouche les vaisseaux des poumons (**embolie pulmonaire**). L'embolie pulmonaire peut être de petite taille et ne pas être remarquée, ou être massive et entraîner la mort.
- Par peur de la douleur, les patients ont tendance après l'opération à ne pas respirer profondément, ce qui favorise les **infections pulmonaires**. Elles nécessitent un traitement antibiotique. La kinésithérapie respiratoire avant et après l'intervention diminue ce risque.

Les complications opératoires

Pendant l'intervention, il peut arriver que l'on blesse certains organes : œsophage, estomac, rate, foie, intestin grêle, colon, vaisseaux sanguins.

- Une **blesseure de la rate** peut entraîner un saignement important nécessitant une transfusion sanguine. Parfois, la seule façon d'arrêter le saignement est d'enlever la rate. Il faut alors prendre des antibiotiques pendant deux ans après l'intervention pour éviter certaines infections.
- Les **blesseures du tube digestif** pendant l'opération ne sont en général pas graves si elles sont vues tout de suite. Si elles ne sont pas vues tout de suite elles provoquent une **péritonite**, qui nécessite une nouvelle opération et souvent une prise en charge en réanimation.

Troubles fonctionnels après chirurgie bariatrique

Introduction

La chirurgie bariatrique est actuellement indiquée chez les patients ayant une obésité morbide (indice de masse corporelle $> 40 \text{ kg/m}^2$ ou $> 35 \text{ kg/m}^2$ avec des comorbidités associées) et en échec de traitement médical et hygiénodététique. Elle permet une perte de poids prolongée et une amélioration de la plupart des comorbidités. Une prévalence élevée de symptômes digestifs (douleurs abdominales, RGO, nausées, vomissements, épigastalgies, ballonnements, trouble du transit) a été constatée chez les patients en attente de chirurgie bariatrique, ces symptômes semblant pour la plupart s'améliorer après *by-pass* gastrique [1, 2]. Cependant, certains symptômes digestifs peuvent s'aggraver ou apparaître après chirurgie. Ils peuvent être en rapport avec des complications digestives associées à des lésions organiques (érosions ou ulcères, fistules, sténose, hernie interne), ou être secondaires à des troubles fonctionnels postopératoires. Dans cette revue, seront développés les troubles fonctionnels apparaissant soit après une chirurgie bariatrique de type restrictive, le plus souvent l'anneau gastrique ajustable et plus récemment la « sleeve » gastrectomie, soit après chirurgie de type mixte (restrictive et malabsorptive), la plus pratiquée étant le *by-pass* gastrique.

RGO et troubles de la motricité œsophagienne

Les patients en attente de chirurgie bariatrique présentent des symptômes de RGO dans 35 à 73 % des cas [3-5]. Les effets de la mise en place d'un anneau gastrique sur la fonction œsophagienne sont controversés. Après anneau gastrique, Weiss *et al.* [6] ont trouvé une amélioration du reflux pH-métrique en postopératoire, mais plusieurs autres études ont mis en évidence l'apparition chez certains patients d'un reflux pH-métrique sévère [4, 5, 7]. Ainsi, dans notre expérience chez les patients ayant eu un anneau gastrique, les symptômes de RGO avaient diminué mais un reflux sévère pH-métrique était apparu (*de novo* ou aggravation d'un reflux pré-existant) chez un tiers d'entre eux, associé le plus souvent à l'apparition d'une dyskinésie sévère sous-forme de pseudo-achalasie chez deux patients. Les symptômes peuvent s'améliorer après déserrage de l'anneau, mais dans certains cas persistent malgré l'ablation de l'anneau [8]. Enfin, la mise en place d'un anneau gastrique peut aggraver voire générer une dysphagie [9].

Peu de données existent après « sleeve » gastrectomie. Dans une étude de suivi, un reflux clinique *de novo* a été constaté chez 21,8 % des patients à 1 an et 3,1 % à 3 ans, avec disparition d'un reflux préexistant à

P. Jouet, J.M. Sabate, M. Coupaye, S. Ledoux, S. Msika et B. Coffin

1 et 3 ans chez respectivement 5/6 et 6/8 patients [10].

Après *by-pass* gastrique, les symptômes de RGO, les lésions endoscopiques liées au reflux (œsophagite, endobrachy-œsophage) et les données pH-métriques s'améliorent [5, 11-13]. Il n'a pas été décrit de troubles sévères de la motricité œsophagienne [5, 11]. Des cas de reflux biliaires symptomatiques avec vomissements, douleurs abdominales et/ou dysphagie chez des patients ayant des anses alimentaires trop courtes ont été décrits, améliorés après réintervention chirurgicale [14].

Nausées et vomissements, douleurs abdominales

Les vomissements sont un des symptômes les plus fréquents après chirurgie bariatrique. Ils sont présents chez un tiers [15] à deux tiers des patients dans une étude de suivi à long terme [16]. Une mauvaise compliance diététique (repas trop volumineux, trop rapidement ingéré, ou insuffisamment mâché) en est la cause la plus fréquente. En cas de symptomatologie persistante ou d'apparition nouvelle de symptômes, une cause organique (ulcérations, sténose anastomotique, impaction alimentaire sur sténose, migration intragastrique d'un anneau...) doit être éliminée.

■ P. Jouet (✉), J.M. Sabate, M. Coupaye, S. Ledoux, S. Msika et B. Coffin
Services d'hépatogastroentérologie, de chirurgie digestive, explorations fonctionnelles,
hôpital Louis Mourier, AP-HP, 92701 Colombes
E-mail : pauline.jouet@lmrph.fr



≡ MENU

Les cancers

Qu'est-ce qu'un cancer ?

Cancer du col de l'utérus

Cancer du côlon

Cancer de l'endomètre

Cancer de l'estomac

- Points clés
- L'estomac
- Le développement d'un cancer de l'estomac
- Facteurs de risques
- Symptômes
- Diagnostic
- Traitements
- **Chirurgie**
- Traitement par endoscopie
- Chimiothérapie
- Radiothérapie
- Essais cliniques
- Prise en charge nutritionnelle
- Suivi
- Sites utiles
- Références

Effets secondaires et complications possibles de la chirurgie

La gastrectomie totale

La gastrectomie partielle ou subtotale

Après l'intervention

Effets secondaires et complications possibles de la chirurgie.

- Les effets de la chirurgie sur l'alimentation et l'état nutritionnel
- Les complications communes à toute chirurgie
- Conseils pratiques pour prévenir ou traiter les effets secondaires de la gastrectomie

Des effets secondaires et complications peuvent survenir tout de suite après la chirurgie ou dans les semaines qui suivent. Certaines complications sont propres à une opération de l'estomac ; d'autres sont communes à toutes les interventions chirurgicales.

LES EFFETS DE LA CHIRURGIE SUR L'ALIMENTATION ET L'ÉTAT NUTRITIONNEL

L'estomac fonctionne comme un sac qui vous permet de recevoir les aliments ingérés durant le repas et de les digérer. Lorsqu'il est retiré, un certain nombre de symptômes peuvent apparaître. Avec le temps, ces symptômes ont le plus souvent tendance à s'estomper. C'est donc dans la période postopératoire qu'ils sont le plus présents et intenses.

► Questions/Réponses

Cancer du foie
 Cancers de l'œsophage
 Cancer de l'ovaire
 Cancer du pancréas
 Cancer du poumon
 Cancer de la prostate
 Cancer du rectum
 Cancer du rein
 Cancer du sein
 Cancers de la sphère ORL
 (voies aérodigestives
 supérieures)
 Cancer du testicule
 Cancer de la thyroïde
 Cancer de la vessie
 La prise en charge de la
 leucémie lymphoïde
 chronique
 Lymphome hodgkinien
 Lymphome non hodgkinien
 Comprendre le myélome
 multiple
 Mélanome de la peau
 Tumeurs du cerveau
 Les cancers chez l'enfant

PERTE D'APPÉTIT

Une altération de l'appétit (perte d'appétit) liée à l'absence d'hormones intervenant dans le déclenchement de la faim.

DUMPING SYNDROME

Ce phénomène se manifeste après les repas lorsque les aliments arrivent trop rapidement dans le jéjunum et provoquent sa surcharge. Il génère une sensation de malaise général accompagnée de troubles digestifs (nausées, diarrhées, douleurs abdominales), neurologiques (malaise, somnolence), circulatoires (palpitations, sueurs, bouffées de chaleur).

Plus tardivement (2 à 3 heures après le repas), des crises d'hypoglycémie peuvent survenir. Elles sont dues à la réaction à un apport excessif et rapide d'aliments sucrés, qui entraîne une libération réflexe trop importante d'insuline et secondairement une hypoglycémie. On parle alors de dumping syndrome tardif. Ces crises se manifestent par divers symptômes (une sensation de faim, des sueurs, des vertiges, des tremblements...).

SYNDROME DU PETIT ESTOMAC

Après l'opération, même des repas peu copieux vont vous donner la sensation d'avoir l'estomac plein. En cas de gastrectomie partielle, la partie restante de l'estomac ne se détendra plus autant qu'auparavant. Après gastrectomie totale, le jéjunum va progressivement accroître sa capacité en se distendant pour recevoir un plus grand volume d'aliments. Ces sensations nécessitent de fractionner l'alimentation en faisant des petits repas fréquents.

PERTE DE POIDS

Suite à une gastrectomie totale ou partielle, vous serez exposé à une perte de poids plus ou moins importante et à une fonte musculaire.

L'équipe médicale et soignante vous apportera tous les renseignements utiles pour réapprendre à manger, maintenir votre masse musculaire, stabiliser votre poids, et garder une bonne hygiène de vie.

DÉFICIT EN VITAMINE B12

La vitamine B12 provenant des aliments et absorbée grâce à l'estomac est essentielle à la synthèse de l'hémoglobine qui permet de transporter l'oxygène dans les globules rouges. Sa carence entraîne une anémie.

En cas de gastrectomie totale, le corps ne pourra plus absorber de vitamine B12. Il faudra y remédier par l'administration à vie de vitamine B12, prescrite par votre médecin (1mg par mois).

REFLUX BILIAIRE

La bile est un liquide digestif produit dans le foie. Après la chirurgie, il peut arriver que ce liquide reflue dans l'estomac et/ou dans l'œsophage. On parle alors de reflux biliaire. S'il n'est pas traité, il peut entraîner une inflammation de la muqueuse de l'œsophage (œsophagite) ou de la partie restante de l'estomac (gastrite).

Vous pouvez alors avoir une sensation qui ressemble à des brûlures d'estomac. Cette complication est diagnostiquée par endoscopie et peut être traitée par pansements digestifs.

DIARRHÉES

Elles sont principalement générées par la section des nerfs de l'estomac (geste chirurgical habituel lors d'une gastrectomie) qui entraîne une accélération du transit intestinal. Votre médecin vous prescrira un traitement antidiarrhéique si nécessaire.

Ce type de diarrhées disparaît en général dans l'année qui suit l'intervention.

LES COMPLICATIONS COMMUNES À TOUTE CHIRURGIE

Une hémorragie: si elle est modérée, une simple transfusion peut suffire ; sinon une nouvelle intervention chirurgicale est parfois nécessaire;

Une infection au niveau de la cicatrice, nécessitant des soins infirmiers locaux;

Un thrombose veineuse ou phlébite (c'est-à-dire qu'une veine se bouche, ce qui bloque la circulation du sang). Si cette complication survient, elle nécessite un traitement par des anticoagulants pendant quelques mois associé au port, dans la journée, de bas anti-thrombose (appelés bas de contention ou encore bas à varices).

Une fatigue. Elle est due notamment à l'anesthésie, à la perte de sang ou encore à l'anxiété générée par l'opération. La fatigue dépend de la façon dont vous avez supporté l'intervention et des autres effets secondaires. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit prise en compte le mieux possible. Parfois, un séjour en maison de convalescence peut être prescrit par le médecin.

Une douleur au niveau de la cicatrice, qui peut persister de nombreux mois après la chirurgie. Votre médecin vous prescrit alors des médicaments antidouleur.

Une fistule: spécifique à une chirurgie du tube digestif, elle se définit comme un défaut de cicatrisation au niveau d'une anastomose ou de la partie du duodénum qui a été sectionné et fermé durant l'intervention. Elle se manifeste par une fuite de liquide digestif dans l'abdomen. Peuvent apparaître alors des douleurs et de la fièvre, un abcès localisé ou une péritonite généralisée. Le traitement peut être soit médical intégrant un drainage de la fistule (radiologique et/ou endoscopique) et un arrêt de l'alimentation orale, soit chirurgical, nécessitant une nouvelle intervention.

Alors, pour pouvoir prendre une décision éclairée, il faut obtenir toutes les informations pertinentes, factuelles, juste, précises et exactes.

Un médecin se doit d'avoir une attitude neutre ni en faveur ou en défaveur de l'opération chirurgicale qu'il propose.

Il doit être franc, honnête dire la vérité et parler franchement des complications qui sont associées à la chirurgie bariatrique.

Cela est d'autant plus vrai et pertinent avec une chirurgie lourde, risquée et invasive comme c'est le cas avec la chirurgie bariatrique.

Voir (R11A)(R11B)(R11C)(R11D)(R11E)(R11F)(R11G)

À LA UNE Drame : OPÉRATION FATALE À L'INTERNATIONAL
Le Journal de Québec Actualités, vendredi 8 juillet 2022, p. 5

À LA UNE Drame



1. Soumia Khabzagou à l'aéroport Montréal-Trudeau lors de son départ pour la Turquie. 2. Sami Yougari et ses enfants ont rendu un dernier hommage à M^{me} Khabzagou dans une mosquée de Montréal-Nord. 3. La Montréalaise, sous soins intensifs de l'hôpital turc à la suite de son opération. PHOTOS COURTESY ET CAMILLE PAVANT

Opération fatale à l'international

Une Montréalaise est décédée après trois mois aux soins intensifs d'un hôpital turc après une chirurgie bariatrique. Les proches soulignent d'importants défauts de soins et de suivi, et ses exigences moins sévères qu'au Québec.

CAMILLE PAVANT
Le Journal de Montréal

« Je ne suis pas bien, je suis déprimé, stressé, j'ai perdu la femme de ma vie », lance, dévasté, Sami Yougari. Sa femme, Soumia Khabzagou, est décédée lundi dernier dans un hôpital privé d'Istanbul, en Turquie. L'aide-paillasse avait quitté le Québec le 28 mars dernier afin d'aller subir une gastrectomie en manchon (sleeve) pour la somme de 10 000 \$.

Ce type de chirurgie bariatrique destiné aux personnes aux prises avec de l'obésité sévère consiste à retirer les deux tiers de l'estomac afin de réduire sa taille, et du même coup l'appétit du patient.

Elle avait choisi la Turquie pour ses

coûts plus faibles, ses délais plus rapides et ses exigences moins sévères qu'au Québec.

UN MASSACRE

Mais des les débuts de la chirurgie, une hémorragie interne importante est survenue, touchant même l'orte, selon un court document médical consulté par Le Journal.

« C'était un massacre. C'est horrible de voir des gens comme ça... Le comportement des médecins est inhumain », affirme Ahadda Ghannouchi, qui s'est rendue en Turquie au chevet de son amie.

La mère de trois enfants, qui a immigré de l'Algérie il y a une dizaine d'années, a été plusieurs semaines dans le coma. Son état s'est ensuite dégradé très rapidement dans les jours précédant sa mort.

Le frère de M^{me} Khabzagou était alors au milieu de longues démarches afin de pouvoir lui rendre visite une dernière fois.

« Le frère de Soumia a reçu la procuration le matin et elle est décédée la nuit suivante », souffle son amie Dalila Ghazali. Sami Yougari déplore la mort de son amie.

Avant que la famille de M^{me} Khabzagou ne s'en aille vers Alger, où son corps sera rapatrié, des proches ont tenu mercredi soir à lui rendre un dernier hommage dans une mosquée de Montréal-Nord.

Partir en bonne santé et revenir en cercueil, c'en arrive pas à accepter ça. C'est inhumain », soupire Amal Mechi, une collègue de travail.

« C'était une femme adorable, serviable, gentille, qui pense à sa famille. Elle nous aidait, nous demandait des conseils », se souvient Kahina Tahi, l'une de ses amies.

En parallèle, des proches de M^{me} Khabzagou comptent intenter dans les prochains jours des procédures judiciaires contre l'hôpital BHT, où elle séjourrait.

Il a notamment exigé aux portes du consulat canadien à Istanbul, de son départ fédéral et du ministère canadien des Affaires étrangères.

CAUSES À DÉTERMINER

À la suite de pressions de l'avocat turc de la famille, une autopsie a pu être réalisée à Istanbul, afin de connaître les causes exactes du décès. Les résultats ne sont pas encore connus.

Une deuxième autopsie sera aussi faite par les autorités algériennes lors de la réception de la dépouille.

« Si le corps d'une personne décédée à l'extérieur du Québec n'est pas transporté au Québec [...], il n'y aura pas intervention d'un coronar », précise pour sa part le Bureau du coronar.

L'opération tourne mal
Journal de Québec mardi 23 mars 2010 page 4



■ Nancy Proulx est décédée le 10 mars, trois jours après avoir obtenu son congé de l'hôpital du Sacré-Cœur. À ses côtés, son conjoint, Richard Saure. PHOTO COURTESY

L'opération tourne mal

■ Une femme succombe trois jours après sa sortie de l'hôpital

Son conjoint veut avoir des réponses

(JQ) « Je ne salue personne pour le moment, mais je tiens à avoir des réponses », exprime le conjoint de M^{me} Nancy Proulx, Richard Saure.

« J'ai eu une vision de Nancy lorsqu'elle est partie pour son opération. Elle pleurait, elle m'a dit "J'ai peur". En fin de soirée, j'ai téléphoné aux urgences pour me rassurer que tout allait bien. L'infirmière m'a dit que elle dormait bien, mais qu'elle devait voir le chirurgien, le lendemain, pour une suite de l'opération ».

« Je n'ai pas pu passer la nuit. Le lendemain matin, j'étais à l'hôpital à 8 h 30. En voyant Nancy, je me suis mis à pleurer comme un bébé. Une infirmière m'a confirmé à nouveau qu'il y avait une fuite de liquide au pancréas, qui devait être corrigée rapidement. En fin de matinée, le médecin m'a rassuré. Ses autres que la fuite de liquide ne venait pas du pancréas. Un peu de sang avait coulé de l'estomac. On m'a dit que Nancy pourrait sortir de l'hôpital le lendemain ».

« Comme je travaillais, Nancy est allée chez sa mère le mardi, elle a eu des vomissements et elle avait de la fièvre à marcher. Le mercredi matin, à 6 h, j'ai reçu un appel de ma belle-mère me disant : "Nancy est vive, le médecin qu'on a perdu Nancy. En panique, elle a appelé l'ambulance. Ma conjointe était désemparée de voir la femme que j'ai connue. J'ai eu le courage de porter ses cendres en terre », raconte, la voix chevrotante, le mari de Nancy.

Hommage sur Facebook

Ce décès a également tenu à rendre hommage à sa conjointe sur son site Facebook, au moyen d'un message de 21 photos de M^{me} Proulx avec la musique de

Un chirurgien de Pierre-Boucher radié trois mois en raison du décès d'une patiente
Journal de Québec, mercredi 12 août 2016, p.40

24 ACTUALITÉS LE JOURNAL DE QUÉBEC MERCREDI 17 AOÛT 2016

Un médecin radié après le décès d'une patiente

Une chirurgie bariatrique a été fatale pour la femme de 29 ans

Un médecin spécialiste de la chirurgie bariatrique a reconnu avoir « mal évalué » une patiente de 29 ans qui est décédée six jours après avoir subi l'opération à Longueuil, en 2011.

HÉLOÏSE ARCHAMBAULT
Le Journal de Montréal

Spécialiste de la chirurgie de l'obésité morbide à l'hôpital Pierre-Boucher, le Dr Pierre Jetté est radié pour trois mois par le Collège des médecins (CMQ), indique le jugement du 4 août dernier.

En mai dernier, le médecin avait plaidé coupable au chef d'infraction de négligence dans le suivi postopératoire.

« MAL ÉVALUÉ »

Il avait qualifié sa prise en charge de « laborieuse », et avoué qu'il avait « mal évalué » la condition de la jeune femme.

Le Dr Jetté pratique la chirurgie bariatrique depuis 1987, et a réalisé plus de 2500 opérations. « Il est triste aujourd'hui de constater (...) que le Dr Jetté savait quoi faire, mais il ne l'a pas fait assez rapidement », écrit le Conseil de discipline.

Le 21 septembre 2011, la patiente de 29 ans est décédée, six jours après avoir subi la chirurgie.

Selon le jugement, la femme souffrait d'une douleur thoracique et avait un pouls élevé au lendemain de l'opération. Le médecin a suspecté une embolie pulmonaire, et a prescrit des antibiotiques.

ARRÊT CARDIAQUE

Or, même si l'état de la femme a continué de se détériorer, le Dr Jetté hésitait à lui faire passer un scan abdominal.

Le 20 septembre, le scan montre la présence

« d'air libre et de liquide en quantité significative dans l'abdomen », lit-on. La femme a été opérée d'urgence ce soir-là, mais elle est finalement décédée.

Dans son témoignage devant le Conseil, le Dr Jetté a dit que sa pratique, a changé et qu'il intervient plus rapidement. Il n'avait pas d'antécédents disciplinaires.

Une poursuite civile de près de 800 000 \$ avait été déposée contre le Dr Jetté et un de ses collègues. Le montant du règlement n'a pas été divulgué. Le Dr Jetté n'a pas rappelé Le Journal, hier.

2 cas de suicide

(R11B)

12 ans après une chirurgie bariatrique, elle s'enlève la vie

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





Sans réserve
ÉCOUTER EN DIRECT



12 ans après une chirurgie bariatrique, elle s'enlève la vie

Publié le jeudi 6 octobre 2022 à 16:15



0:00  8:48 

ENTENDU DANS
Le Québec maintenant
LE 6 OCTOBRE 2022 16:15 



L'opération bariatrique qui a tourné au cauchemar
La presse.ca, lundi 9 avril 2018

<https://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-faits-divers/actualites-judiciaires/201804/08/01-5160300-loperation-bariatrique-qui-a-tourne-au-cauchemar.php>

maPRESSE

Découvrez Ma Presse



DÉBATS

ACTUALITÉS

INTERNATIONAL

AFFAIRES

SPORTS

AUTO

ARTS

CINÉMA

V

Politique

Grand Montréal

Régional

Justice et faits divers

Santé

Éducation

Enquêtes

Environnement

Accueil > Actualités > Justice et faits divers > Actualités judiciaires > L'opération bariatrique qui a tourné au cauchemar

Publié le 09 avril 2018 à 05h00 | Mis à jour le 09 avril 2018 à 05h00

L'opération bariatrique qui a tourné au cauchemar



Bath woman at 'high risk of dying' after drastic weight loss surgery
Somerset Live - 30 mars 2022

<https://www.somersetlive.co.uk/news/health/bath-woman-high-risk-dying-6849064>



Bath woman at 'high risk of dying' after drastic weight loss surgery

She has gone from weighing 18.5 stone to 'looking like a matchstick person'

Bookmark 

SHARE 

Comments 

By **Imogen McGuckin** Senior Reporter
00:00, 30 MAR 2022 | UPDATED 17:32, 30 MAR 2022



 Katherine Goddard, 51, has lost 11 stone 11lbs since gastric sleeve surgery in 2019 (Image: Katherine Goddard) 

Gastric sleeve surgery gone wrong resulted in anorexia for mom of 4
New York Post November 6, 2020

<https://nypost.com/2020/11/06/gastric-sleeve-surgery-gone-wrong-resulted-in-deadly-anorexia/>

SECTIONS

NEW YORK POST

LOG IN

JANUARY 16, 2023

LifestyleWeird But TrueHealthSex & RelationshipsViral TrendsHuman InterestAstrologyParentingShoppingFashion & Bea

TRENDING NOW IN LIFESTYLE



Hero parents die after trying to save teen son from drowning in...



Penis-shaped rock believed to 'improve performance in bed'...



Meghan, Kate's bitter feud began with fight over this fashion...



Meghan, Kate's bitter feud began with fight over this fashion...

LIFESTYLE

Gastric sleeve surgery gone wrong resulted in anorexia for mom of 4

By [Hannah Frishberg](#)November 6, 2020 | 2:24pm | Updated



It was ecstatic about losing 13st in 11 months... until all my teeth started falling out
The sun US Published: 10:56 ET, Nov 2 2020

<https://www.the-sun.com/lifestyle/1728915/ecstatic-losing-13st-teeth-started-falling-out/>



Get the latest news first
Click 'Sign up' then 'Allow' for Notifications

Dismiss [Sign Up](#)

Sign in 
Search 

< **MENT** | **LIF** **VEL** | **MOTORS**

[All Health](#) | [News](#) | [Women's Health](#) | [Men's Health](#) | [Mental Health](#) | [Die](#) >

22st 4lb



9st





Lifestyle > Health

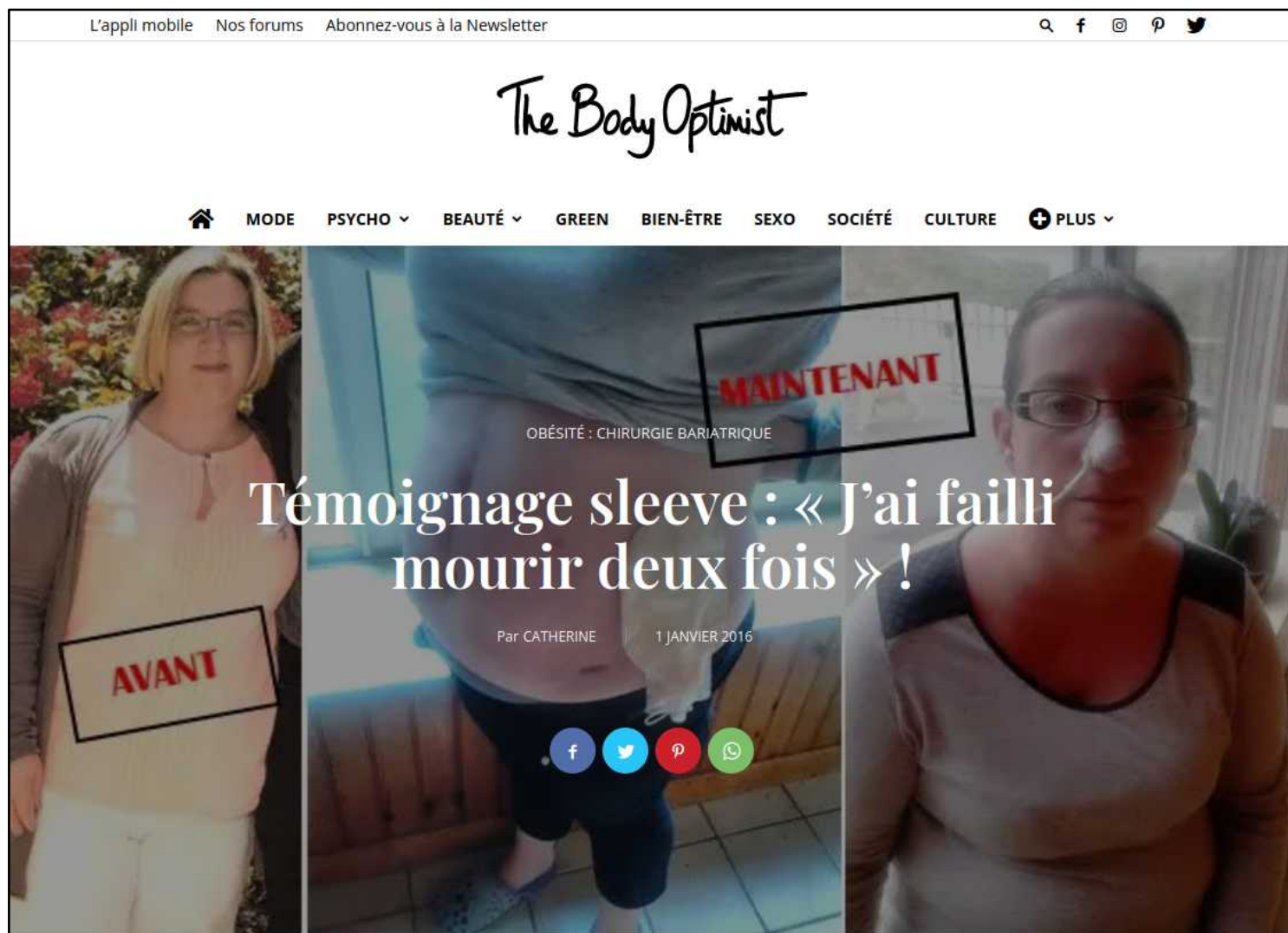
WEIGHT A MINUTE! I was ecstatic about losing 13st
In 11 months... until all my teeth started falling
out

Gemma Mullin, Digital Health Reporter

Témoignage sleeve : « J'ai failli mourir deux fois » !

The Body optimist 1 janvier 2016

<https://www.ma-grande-taille.com/sante/chirurgie-obesite/temoignage-sleeve-jai-failli-mourir-fois-121834>



Mum-of-three: 'Gastric surgery left me in a coma – I'll never walk again'
Closer 21 juin 2016

<https://closeronline.co.uk/real-life/news/mum-gastric-surgery-coma-never-walk/>

CloserCELEBRITYENTERTAINMENT ▼DIET & BODY ▼LIFE ▼SHOPPING ▼REAL LIFE ▼

HOME | REAL LIFE | NEWS

Mum-of-three: 'Gastric surgery left me in a coma – I'll never walk again'



When Dawn Cole saved up her benefits to have a £4,700 gastric bypass abroad, she thought she'd get the body of her dreams.

BY **FRANCINE ANKER** | POSTED ON 21 06 2016

Instead, she almost died and was in a coma for seven weeks.

Now, a year on, she's virtually bedbound, will never walk again and is tube fed.

À l'origine, le syndic au sujet de ma plainte en première instance et en deuxième instance en révision a conclu qu'il n'y avait pas de problème avec les allégations de l'intimé, sans donner d'explication du pourquoi. C'est pour cette raison que j'ai fait une plainte privée. Je veux obtenir une explication, une réponse claire à ma question. Voir (R13)(R14)

CONFIDENTIEL

Le 8 mars 2022

Monsieur José Breton
52-2000 rue le Droit
Québec QC G1J 1A1

Notre référence : 91135

Objet : Docteur Laurent Biertho (06387)

Monsieur Breton,

Je suis maintenant en mesure de vous transmettre les conclusions de l'enquête que j'ai menée à votre demande à l'endroit du médecin nommé en titre.

Dans votre requête, vous alléguiez que le médecin visé n'a pas respecté ses obligations déontologiques au regard des déclarations publiques, lors de sa participation à l'édition du 9 février 2022 du magazine télévisé « Marie-Claude » au réseau TVA. Vous citez à ce sujet l'article 88.0.1 du Code de déontologie.

J'ai écouté attentivement l'enregistrement complet de cette émission et pris en considération les notes jointes à votre demande.

En conclusion, je suis d'avis que le docteur Biertho n'a pas manqué à ses obligations déontologiques. En l'absence de manquement, je ne déposerai pas de plainte à son endroit devant le Conseil de discipline du Collège.

En vertu de l'article 123 du *Code des professions*, vous avez la possibilité de vous adresser au comité de révision du Collège des médecins du Québec concernant ma décision de ne pas déposer de plainte disciplinaire. Veuillez noter que votre demande doit être transmise au comité de révision dans un délai de **30 jours** à compter de la réception de la présente. Vous trouverez ci-joint le formulaire prévu à cet effet.

Je vous remercie d'avoir porté votre requête à mon attention et vous prie de recevoir, Monsieur Breton, mes salutations respectueuses.

Jean Pelletier

Original signé numériquement

Jean Pelletier, MD
Syndic adjoint
Poste 5214
JP/cb

p. j. Demande d'avis au comité de révision

AVIS DU COMITÉ DE RÉVISION
SÉANCE DU 17 JUIN 2022

Dossier : 91135rev

Médecin : Laurent Biertho (06387) Chirurgie générale

Après avoir pris connaissance de l'ensemble du dossier constitué par la Direction des enquêtes relatif au Docteur Laurent Biertho, le comité de révision a conclu qu'il n'y a pas lieu de porter une plainte devant le conseil de discipline.

Les membres du comité de révision,

Suzanne Lalonde

Signé avec ConsignO Cloud
Vérifiez avec verifio.com ou Adobe Reader.

Suzanne Lalonde *

Josée Courchesne (80147)

Signé avec ConsignO Cloud
Vérifiez avec verifio.com ou Adobe Reader.

Josée Courchesne
médecin

Francine Mathieu-Millaire (74470)

Signé avec ConsignO Cloud
Vérifiez avec verifio.com ou Adobe Reader.

Francine Mathieu-Millaire
médecin

* Personne choisie parmi les administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec en vertu de l'article 78 du *Code des professions* ou parmi les personnes dont le nom figure sur une liste que l'Office des professions du Québec peut dresser à cette fin.

c. c. : dossier professionnel

La chirurgie bariatrique traite des maladies ou pas ?

Est-ce la chirurgie bariatrique traite la goutte ou pas ?

La chirurgie bariatrique ne fait pas l'unanimité dans le monde médical et dans l'opinion publique. C'est une opération qui fait peur.

D'après le Dr Marc Vertruyen, chirurgien digestif sur le site Saint-Michel (Cliniques de l'Europe, Bruxelles), « Faire un court-circuit ou enlever une partie de l'estomac ne règle pas le problème. On se trompe de cible. L'obésité est un problème de comportement, ce n'est pas un problème chirurgical. » Voir (R12)

Bypass, sleeve... : " On joue aux apprentis sorciers " (R12)



Rubriques ▼

Le magazine

Abonnez-vous

JM Academy



Bypass, sleeve... : " On joue aux apprentis sorciers "

https://www.lejournalmedecin.com/actualite/bypass-sleeve-on-joue-aux-apprentis-sorciers/article-normal-45731.html?cookie_check=1667691659

20/02/20 à 11:25 Mise à jour le 24/02/20 à 11:31



Nicolas de Pape
Senior Writer

Le Dr Marc Vertruyen, chirurgien digestif sur le site Saint-Michel (Cliniques de l'Europe, Bruxelles), a été approché pour l'audit conjoint Inami-SPF Santé publique-AFMPS sur la chirurgie bariatrique. Il prend une position paradoxale : pour lui, l'obésité doit être combattue en amont. Ce n'est pas l'estomac le problème, mais le mental. Il faut également assurer le suivi. Il met en garde contre la propension à opérer trop vite, notamment les jeunes patients. Il avertit contre les opérations " low cost " à destination de patients dont le BMI n'est pas suffisant pour bénéficier par exemple d'un bypass. Il souligne que lors de complications (démontage d'un bypass), la nomenclature n'est pas toujours adaptée. Et l'usage de codes de nomenclature " analogues " ne satisfait pas l'Inami.



Conclusion:

Rejeter ma plainte irait à l'encontre de l'intérêt du public à être informé adéquatement sur la chirurgie bariatrique.

Rejeter ma plainte serait comme appuyer une tentative de bâillonner ma liberté d'expression pour éviter de soulever un débat plus large dans la population sur ce type de chirurgie controversée.

En passant, un code de déontologie sert à protéger le public et non la carrière d'un médecin. Dans le texte de sa requête en rejet de ma plainte on lit dans sa conclusion:

« Le dépôt d'une plainte disciplinaire est une procédure lourde de conséquences pour le professionnel visé, tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel »

Madame la présidente en chef, l'intimé, au lieu d'admettre son erreur, il veut que vous ayez pitié de lui. Cela démontre son insensibilité face aux personnes ayant subi une chirurgie bariatrique et qui sont aux prises avec des conséquences graves sur leur qualité de vie.

Il réduit l'enjeu de ma plainte à une question de connaissance médicale, tandis que ma plainte concerne aussi ses habiletés de communicateur. S'exprimer en public est une tâche exigeante.

Madame la présidente en chef, pour déterminer si ma plainte est frivole ou pas, je pense que vous devez vous mettre à la place des gens qui ont écouté cette émission de télévision et non pas à ce que l'intimé a voulu dire lors de celle-ci.

Qu'est-ce que les gens ont compris de ses allégations ?

Ont-ils compris ce qu'ils devaient comprendre ou pas?

A-t-il a contribué à faire mieux comprendre ou il a banalisé une intervention chirurgicale qui peut avoir de lourdes conséquences.

Se faire sectionner plus que les deux tiers de son estomac en sachant qu'il est sain, ce n'est pas qu'une petite décision à prendre dans la vie d'une personne. Parlez-en en à ceux qui ont eu un cancer des intestins.

Comment est-ce possible de concevoir que de sectionner un organe sain ou en santé pourrait traiter une maladie quelconque ?