

ASPECTS ETHIQUES ET MEDICO-LEGAUX DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE MORBIDE

ETHICAL AND MEDICO-LEGAL ASPECTS OF BARIATRIC SURGERY IN THE TREATMENT OF MORBID OBESITY

M. ZRIBI^{1, 2*}, G. MAUJEAN¹, D. MALICIER¹

1 : Institut médico-légal, CHU Edouard Herriot, Lyon France.

2 : Faculté de médecine, Université de Sfax-Tunisie.

*E-mail de l'auteur correspondant : malekzribi@yahoo.fr

Résumé

L'obésité est considérée depuis quelques années, comme un problème de santé publique majeur et a reçu le statut «épidémie mondiale» par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'obésité touche en France 6,9 millions de personnes en 2012. 550 000 personnes (1,2% de la population) souffrent d'une obésité dite morbide. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), 30 529 patients ont subi une chirurgie bariatrique en 2011. Le nombre d'interventions a ainsi doublé entre 2006 et 2011. Face à une progression importante tant sur le nombre d'actes que sur les évolutions techniques, l'objectif de ce travail est d'évaluer les enjeux éthiques et médico-légaux de cette pratique chirurgicale à risque.

Mots clés : Chirurgie bariatrique ; responsabilité ; éthique médicale ; médecine légale

Abstract

Obesity is considered recently as a major public health problem and has been declared as "global epidemic" by the World Health Organization (WHO). Obesity affects in France 6.9 million people in 2012. 550,000 people (1.2% of the population) suffer from morbid obesity. According to the high Authority for Health (HAH), 30 529 patients underwent bariatric surgery in 2011. The number of operations had been doubled between 2006 and 2011. Facing a significant increase in both the number of acts and technical developments, the objective of this work is to assess the ethical and medico-legal aspects of this risky surgery.

Key words: Bariatric surgery; responsibility; medical ethics; forensic medicine

ملخص

تعتبر السمنة في السنوات الأخيرة مشكلة صحية عامة رئيسية و تصنف "الوباء العالمي" من قبل منظمة الصحة العالمية. في فرنسا 6.9 مليون شخص يصابون بمرض السمنة في عام 2012. 550000 شخص (1.2% من السكان) يعانون من مرض السمنة. وفقا لمنظمة الصحة العالمية فان 30529 مريضا خضعوا إلى الجراحة لعلاج السمنة خلال سنة 2011. و قد تضاعف عدد العمليات بين سنة 2006 و 2011. ونظرا لزيادة عدد التدخلات الجراحية و تطور التقنيات الجراحية لعلاج السمنة، من أهداف هذا العمل تقييم المخاطر الأخلاقية والطبية القانونية لممارسة الجراحة في علاج السمنة.

الكلمات المفاتيح: جراحة السمنة; مسؤولية; الأخلاقيات الطبية; الطب الشرعي

INTRODUCTION

L'obésité est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme un problème de santé publique majeur dans le monde [1,2]. En effet, dans le monde, environ 1,7 milliard de personnes sont en surpoids. En France, l'obésité touche 6,9 millions de personnes en 2012 [3]. 550 000 personnes, soit 1,2% de la population générale, souffrent d'une obésité dite morbide dont l'indice de masse corporelle (IMC) ≥ 40 Kg/m² [3]. Face à cette prévalence préoccupante, la chirurgie bariatrique propose un traitement contre l'obésité efficace à long terme. Actuellement, en plein essor, cette chirurgie ne cesse d'évoluer et de progresser, en partie du fait de l'importante médiatisation dont elle bénéficie. Face à cette importante progression, tant sur le nombre d'actes réalisés que sur les évolutions techniques, l'objectif de ce travail est d'étudier les enjeux éthiques et médico-légaux de cette pratique chirurgicale à risque.

Définition de l'obésité

Le surpoids et l'obésité sont définis comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle nuisible pour la santé [4]. L'IMC est une mesure simple couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez les individus adultes, il correspond au poids divisé par la taille au carré, exprimé en kg/m². L'IMC est donc corrélé à la quantité de masse adipeuse et représente la mesure la plus utilisée pour évaluer le surpoids et l'obésité chez la population adulte, tout sexe et tout âge confondus. Il doit toutefois être considéré comme une indication approximative car il existe une certaine variabilité inter individuelle. L'OMS [1] définit le surpoids par un IMC entre 25 et 29,9 kg/m², l'obésité de grade I par un IMC entre 30 et 34,9 kg/m², l'obésité de grade II par un IMC entre 35 et 39,9 kg/m² et l'obésité de grade III dite morbide par un IMC égal ou supérieur à 40 kg/m² [5].

Epidémiologie de l'obésité en France et aux USA

D'après les données de l'enquête Obépi réalisée en France en 2009 [6], 31,9% des adultes de plus de 18 ans étaient en surpoids et 14,5% étaient obèses, représentant une augmentation de la prévalence de 10,7% par rapport à 2006. Les femmes sont à l'heure actuelle plus touchées que les hommes

(15,1% versus 13,9% en 2009). Aux USA, la prévalence de l'obésité représente 36% des adultes [7]. 15% des adultes souffraient d'une obésité de grade II et 6% d'une obésité de grade III dite morbide [7]. Cette épidémie est responsable d'une diminution de l'espérance de vie du fait des nombreuses comorbidités associées à l'obésité. De nombreuses modalités thérapeutiques ont été proposées dont la chirurgie bariatrique qui demeure le traitement le plus efficace à long terme. Aussi bien en France qu'en Amérique, la prise en charge de l'obésité est encadrée par des recommandations de bonne pratique, mises en place par la HAS, en France et en Amérique par deux associations : l'association américaine d'endocrinologie clinique et l'association américaine de chirurgie métabolique et bariatrique [4, 5].

Place de la chirurgie bariatrique dans la prise en charge de l'obésité en France et aux USA

La chirurgie bariatrique est la seule mesure efficace à long terme sur les critères de la perte de poids, du contrôle des comorbidités et de l'amélioration de la qualité de vie en cas d'obésité morbide. Il a été prouvé qu'elle contribue à la diminution de la fertilité des femmes obèses [8], à l'amélioration des pronostics obstétrical et néonatal, à l'obtention plus fréquemment d'un accouchement eutocique [8] et à la diminution du risque de survenue de troubles métaboliques tels que le diabète de type 2, le diabète gestationnel par 2 à 3 [9, 10], les accidents cardiovasculaires, les apnées de sommeil et les différentes pathologies cancéreuses. Cependant, les patientes opérées d'anneau gastrique prenaient plus de poids pendant la grossesse que les patientes non opérées [8]. De plus, il est maintenant démontré qu'une opération couronnée de succès est capable de réduire significativement la mortalité [11]. La chirurgie bariatrique peut être indiquée secondairement après l'échec de tout traitement médical, bien conduit pendant au moins 6 mois. Les indications et les contre-indications de cette chirurgie sont clairement définies par les recommandations de la HAS [4].

En France, la chirurgie bariatrique par laparoscopie a été introduite en 1994 [3]. En 1997, 1700 anneaux gastriques avaient déjà été posés [3] et en 2001, 10 000 anneaux gastriques. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) rapporte que le nombre annuel d'actes de chirurgie bariatrique a été multiplié par 7 de 1997 à 2006 [12].

La chirurgie bariatrique a connu un développement rapide et reste largement médiatisée depuis une dizaine d'année. Selon la CNAMTS, la France compte 310 équipes pratiquant la chirurgie bariatrique [13]. La HAS [4] déclare qu'en 2011, 30529 patients ont été opérés pour leur obésité.

Aux USA, plus que 200 000 interventions de chirurgie bariatrique ont été réalisées à ce jour. L'intervention la plus fréquente est le court-circuit gastrique par l'intermédiaire d'une anse en Y sur une poche gastrique sous cardiale, créée par cloisonnement gastrique, et communément appelée by-pass gastrectomie [14].

Le plan national français de lutte contre l'obésité 2010-2013, ainsi que les recommandations de la HAS [4] précisent que l'indication d'une opération bariatrique chez l'adulte doit être décidée après une évaluation pluridisciplinaire. Cette indication est retenue en présence d'un IMC >35 kg/m² associé à des comorbidités de l'obésité ou en présence d'un IMC >= 40 kg/m² sans comorbidité associée. En plus de ces critères liés à l'IMC, la motivation du patient est également un critère déterminant pour la décision d'une intervention chirurgicale. L'échec de l'instauration d'un traitement conservateur est également une condition préalable pour envisager une chirurgie bariatrique. La chirurgie bariatrique ne peut être programmée que suite à l'échec d'un traitement médical bien conduit pendant au moins 6 mois. Les objectifs du traitement de l'obésité ne se limitent pas à la perte de poids mais comprennent également le traitement des complications. La prise en charge globale repose sur les conseils diététiques, l'activité physique, le traitement des troubles du comportement alimentaire et la prise en charge des comorbidités et des complications de l'obésité.

L'intervention chirurgicale doit être réalisée dans un centre certifié de chirurgie bariatrique, qui dispose d'une équipe multidisciplinaire suffisamment expérimentée (chirurgien, endocrinologue, psychiatre, diététicien spécialisé). Le patient doit impérativement accepter les contrôles réguliers pour une période minimale de 5 ans après l'intervention chirurgicale (engagement écrit requis). Ce consentement ne sera obtenu qu'après information complète, loyale et compréhensible du patient. Une documentation écrite décrivant l'intervention chirurgicale elle-même, ses complications possibles, les changements qu'elle provoque dans les habitudes alimentaires et l'organisation du suivi postopératoire sera remise au patient.

Le patient bénéficie d'un délai de réflexion minimal de 3 mois entre la première consultation et l'intervention [11]. Les recommandations françaises et internationales [4] s'accordent sur la nécessité de l'évaluation psychiatrique préopératoire et sur ses objectifs. Il est nécessaire d'évaluer la motivation du patient, sa capacité à mettre en œuvre les changements cognitifs et comportementaux nécessaires et sa participation à un programme de suivi post opératoire à long terme. L'évaluation préopératoire doit également permettre d'identifier les contre-indications psychiatriques à la chirurgie. Cette évaluation est recommandée en raison de la fréquence élevée de comorbidités psychiatriques chez les patients sévèrement obèses et de la nécessaire adaptation cognitivo-comportementale pour le succès de la chirurgie [4].

Chez l'adolescent mature, la chirurgie bariatrique est exceptionnelle et ses indications restent peu précises dans les recommandations. Chez le sujet de plus de 60 ans, le risque opératoire et nutritionnel semble plus important, de plus, il n'est pas démontré que la mortalité liée à l'obésité soit supérieure à la mortalité de la population générale [15].

Les recommandations américaines apportent quelques nouveautés par rapport aux recommandations françaises. Aux USA, selon « the Bariatric Surgery Clinical Practice Guidelines » [5], il existait 74 recommandations en 2013. Ces recommandations étaient au nombre de 164 en 2008. 56 recommandations ont été révisées et deux recommandations ont été nouvellement introduites (R30 et R59). La 30^{ème} recommandation précise qu'avant toute chirurgie bariatrique, le patient doit être bien suivi par son médecin et que ce dernier doit dépister les risques de cancer chez son patient. La 59^{ème} recommandation précise que le cuivre doit être inclus dans les solutions de supplémentation multivitaminique et que le taux de cuivre dans le sang doit être régulièrement contrôlé chez les patients qui souffrent d'anémie, de neutropénie et de myélonuropathie, le cuivre pouvant être administré par voie intraveineuse en cas de carence profonde [5].

Partout dans le monde, les interventions de la chirurgie bariatrique reposent sur deux grands mécanismes d'action : les techniques fondées sur une restriction gastrique avec la réduction de la capacité gastrique [12,16], telles que l'anneau gastrique ajustable et la gastrectomie longitudinale dite Sleeve gastrectomie, et les techniques mixtes

[17] qui associent la restriction gastrique et le principe de malabsorption intestinale par un système de court-circuit telles que le By-pass et la dérivation bilio-pancréatique.

L'anneau de gastroplastie est positionné autour de la partie proximale de l'estomac dans le but de créer une poche gastrique d'environ 20cc, qui se dilate lors de l'arrivée du bol alimentaire et qui déclenche un réflexe de satiété précoce et durable. La gastrectomie longitudinale ou Sleeve gastrectomie, consiste en une résection verticale de la grande courbure de l'estomac, sans interrompre la continuité digestive. Le by-pass gastrique, réalisé actuellement par laparoscopie, consiste à réaliser une poche gastrique verticale à la partie proximale de l'estomac, ainsi qu'une anastomose gastrojéjunale avec anse en Y et une anastomose au niveau du pied de l'anse par technique mécanique ou manuelle. La dérivation bilio-pancréatique, décrite en 1979, correspond à une résection gastrique partielle associée à un shunt digestif. Elle peut être réalisée avec ou sans switch duodéal. Actuellement, il n'existe pas de consensus établi au niveau des recommandations françaises ou internationales concernant le type d'intervention à réaliser en première intention. Le choix des techniques chirurgicales doit prendre en compte d'autres critères que la seule expérience des chirurgiens, notamment le rapport bénéfice/risque des différents types d'intervention ou d'autres critères comme l'âge, l'IMC, les troubles du comportement alimentaire...

Quelle que soit la technique utilisée, des complications d'ordre chirurgical, nutritionnel ou fonctionnel peuvent survenir en post opératoire de manière précoce ou tardive.

Aspects médico-légaux

Le médecin légiste peut être confronté au cours de son activité expertale et autopsique au sujet de la prise en charge médico-chirurgicale de l'obésité. L'expertise médico-légale est un acte médical destiné à procéder à un certain nombre de constatations dans le but d'éclairer la justice, au niveau de la mise en jeu de la responsabilité médicale du praticien dans la prise en charge de l'obésité en cas d'atteinte involontaire à l'intégrité corporelle du patient. La mission du légiste est de préciser le dommage subi (séquelle ou décès), de chercher une faute dans les soins ou dans la prise en charge et de prouver le lien de causalité direct, certain et exclusif entre le dommage et la faute. Le médecin légiste peut être également sollicité par les

organismes de sécurité sociale afin de vérifier la bonne indication de la chirurgie bariatrique dans la prise en charge de l'obésité chez certaines personnes, pour un éventuel remboursement ultérieur.

Le taux de mortalité périopératoire varie selon le type d'intervention bariatrique. Il est de 0,1% pour l'anneau gastrique, de 0,2% pour la Sleeve gastrectomie, de 0,5% pour le by-pass et de 1% pour la dérivation biliopancréatique [18].

Les principales complications de la chirurgie bariatrique sont d'ordre technique, expliquant le fort niveau d'expertise requis. La fréquence et la nature des complications après chirurgie bariatrique varient selon le type de procédure et la voie d'abord. La morbidité la plus faible est observée après l'anneau gastrique ajustable (AGA) avec un taux de 11%. Elle est de 24% après le by-pass et de 27% après la Sleeve gastrectomie [4].

Les complications précoces sont peu fréquentes après AGA. Le taux de conversion est de 1,9% [4]; la complication précoce la plus fréquente, en dehors des conversions, est l'infection de la plaie chirurgicale (1,4%), le taux des autres complications ne dépassant pas 1%. A long terme, la complication la plus fréquente est le glissement de l'anneau avec un taux de 4 à 10% [18]. Cette complication peut mettre en jeu le pronostic vital du patient, soit par nécrose de la paroi gastrique, soit par les répercussions hydro électrolytiques liées à l'intolérance alimentaire. D'autres complications peuvent être à l'origine de complications graves, voire mortelles, comme la migration de la bande siliconée à l'intérieur de l'estomac, avec des taux moyens variant de 0,8% à 2,9%. Le taux d'œsophagite post opératoire varie de 3,7% à 6% [18].

Pour la Sleeve gastrectomie, le taux moyen des complications précoces est de 5,1%. Les plus fréquentes sont les fistules gastriques (0 – 3,7%) et les hémorragies de la tranche de section gastrique (0,95%) [4]. Les complications à long terme sont moins connues. Le reflux gastro-œsophagien a été décrit avec un taux qui peut atteindre les 30%. Les problèmes de carences ne semblent être retrouvés qu'en cas de vomissements réguliers [18].

Le by-pass est une chirurgie qui entraîne une morbidité de 11 à 26% [19, 20]. Le risque de fistule (2,5% au niveau de l'anastomose gastrojéjunale, plus rarement de l'anastomose au pied de l'anse) explique une partie de la mortalité. Sont également décrites des occlusions précoces ou tardives (7,3% d'occlusion du grêle, 8,9% de sténose de l'anastomose gastrojéjunale), des hémorragies (3-

4%), des complications pariétales (4,7%) [4] et des complications médicales liées à l'obésité, essentiellement thromboemboliques et pulmonaires (embolies pulmonaires, atélectasies postopératoires 4,4%) [21-22]. Il a été aussi rarement décrit dans la littérature, l'encéphalopathie de Wernicke après un by-pass, par malabsorption en thiamine. C'est une complication, généralement, diagnostiquée de façon tardive [23]. Autres complications neurologiques ont été décrites après le by-pass: la myélopathie, la neuropathie optique, la polyradiculopathie et la polyneuropathie [23].

Concernant la dérivation bilio-pancréatique, le taux de réintervention varie de 2,7% à 6,3% et les taux de fistules périopératoires varient de 0,1% à 2,7%. Le taux d'ulcère anastomotique est évalué à 10,8%. La dérivation bilio-pancréatique avec switch duodénal semble diminuer le risque de complications.

L'hypoglycémie est une complication rare avec un taux de prévalence estimée à 0,36%. Les épisodes d'hypoglycémie apparaissent le plus souvent après la première année postopératoire, presque toujours en postprandial.

Selon le panorama du GAMM concernant le risque médical sur l'exercice de 2011 [24], pour les 128 636 médecins sociétaires de la MACSF (toutes spécialités confondues et quel que soit le mode d'exercice, libéral ou salarié), 1 945 déclarations ont trait à des dommages corporels dont 279 déclarations concernant les chirurgiens sociétaires. Parmi ces 279 déclarations, 5 déclarations concernaient la chirurgie bariatrique. La première était une Sleeve gastrectomie qui a été réalisée après retrait d'un anneau gastrique chez une femme de 32 ans. Un choc septique a révélé une péritonite entraînant ainsi le décès de la patiente. La deuxième était une Sleeve gastrectomie sous cœlioscopie qui a été réalisée chez une femme de 47 ans. Un abcès sous-phrénique a été diagnostiqué à J7 post opératoire, du fait d'une fistule anastomotique œsogastrique. Une endo prothèse œsogastrique a été mise en place, le patient est décédé d'une infection nosocomiale sur cathéter central. La troisième était une plaie de l'estomac qui aurait été suturée suite à la tentative de mise en place d'un anneau gastrique chez une femme de 31 ans, décédée brutalement 48 heures plus tard d'une embolie pulmonaire. La quatrième était une Sleeve gastrectomie réalisée chez une femme de 51, durant laquelle un fragment résiduel de sonde gastrique a été laissé en place lors de l'agrafage entraînant un abcès sous-phrénique et une fistule post opératoire. La dernière était une Sleeve gastrectomie sous

cœlioscopie qui a entraîné un abcès révélant une fistule sous-cardiale nécessitant la mise en place d'une endo prothèse.

Selon le panorama du GAMM concernant le risque médical sur l'exercice de 2012 [25] pour les 130 761 médecins sociétaires de la MACSF (toutes spécialités confondues et quel que soit le mode d'exercice, libéral ou salarié), 2187 déclarations concernaient des dommages corporels dont 3 déclarations concernaient la chirurgie bariatrique. La première était une reprise d'un by-pass pour désunion anastomotique entraînant une hémorragie cataclysmique par rupture de lésion vasculaire et responsable du décès. La deuxième était une reprise d'un by-pass dans la nuit qui a suivi l'intervention suite à la découverte d'un hémopéritoine qui a entraîné un arrêt cardiaque et enfin le décès du patient. La troisième déclaration concernait une Sleeve gastrectomie avec biopsie hépatique qui s'est compliquée à J4 d'un état d'agitation puis d'un malaise nocturne. L'équipe médicale n'aurait pas pu se déplacer avant la survenue d'un arrêt cardiaque fatal.

Ainsi, la survenue de complications graves ou fatales au cours de la chirurgie bariatrique peut engager la responsabilité médicale des chirurgiens et les amener devant les tribunaux [26]. A l'issue de l'expertise médico-légale le médecin expert, auxiliaire de justice, examine plusieurs points permettant au juge de fonder sa décision.

Le praticien peut être fautif en cas de mauvaise indication de la chirurgie bariatrique. Les indications et contre-indications de cette chirurgie étant clairement définies dans les recommandations nationales établies par la HAS. Le compte rendu de la réunion de concertation pluridisciplinaire contenu dans le dossier clinique est d'une grande utilité pour l'expert, qui doit s'assurer que l'ensemble des conditions requises avant l'instauration de la prise en charge chirurgicale sont bien respectées. Ainsi, le dossier médical doit obligatoirement démontrer l'échec des prises en charges antérieures de l'obésité (médicale, nutritionnelle et psychothérapeutique). Le chirurgien doit respecter les contre-indications de la chirurgie bariatrique [4] comme la présence chez le patient de troubles mentaux sévères, ainsi que les contre-indications propres à l'anesthésie générale. Le défaut ou le manque d'information au patient peut également mettre en cause la responsabilité médicale du praticien: ce dernier doit fournir une information préopératoire aussi compréhensive, complète et exhaustive que possible portant sur les conditions de réalisation du

geste, sur les suites chirurgicales habituelles, les contraintes hygiéno-diététiques, mais aussi sur les complications chirurgicales possibles. Enfin, les patients doivent comprendre et accepter la nécessité d'un suivi médico-psychiatrique et chirurgical au long cours. Les documents d'information sont le meilleur moyen de preuve de la réalité de l'information délivrée mais il est indispensable qu'une information orale et personnalisée exposée en termes compréhensibles soit concomitamment effectuée.

Les fautes techniques restent fréquentes au cours de la chirurgie bariatrique [12], elles consistent en fautes de maladresse, d'imprudence, d'inattention, de défaut de surveillance... En matière chirurgicale, l'imprécision et la maladresse sont consécutives d'une faute au regard de l'obligation de moyens qui impose au chirurgien de tout mettre en œuvre, avec le maximum de précautions nécessaires afin d'obtenir le résultat médical attendu. Elles ne peuvent être considérées comme manifestation de l'aléa thérapeutique.

En 2009, un tribunal [27] a retenu la responsabilité de deux praticiens dans deux affaires pour maladresse et retard de diagnostic d'une complication: il s'agissait d'une perforation gastrique passée inaperçue suite à la pose d'anneau gastrique chez un patient de 42 ans et une femme âgée de 38 ans. Le diagnostic a été fait tardivement en post opératoire, les deux patients sont décédés suite à un choc septique.

Aspects éthiques

Les personnes obèses sont demandeurs de moyens pour maigrir, souvent plus pour des raisons cosmétiques et pour l'image de soi que pour des raisons de santé. La chirurgie bariatrique bénéficie d'une très grande évolution de ses possibilités techniques et d'un fort engouement dans une société où le culte du corps est de plus en plus présent. Généralement, dans le domaine de la chirurgie, il convient de concilier l'indispensable protection des patient(e)s et leur dignité.

Le principe de bienfaisance oblige le médecin à agir pour le bien du patient, à rechercher les moyens pour le guérir, rétablir sa santé et promouvoir son bien-être [28]. Pour les patients qui souffrent d'obésité morbide, le principe éthique de bienfaisance exige que le médecin cherche à inverser les désordres physiques et psychologiques de son patient qui interfèrent avec son bien-être. Si les moyens non chirurgicaux, comme les régimes de restriction calorique, l'exercice physique, et la

thérapie cognitivo-comportementale sont efficaces pour atteindre une importante perte de poids avec le traitement des comorbidités, la bienfaisance serait favorable à ces approches.

Compte tenu des risques associés aux interventions chirurgicales, la bienfaisance garantit que les patients potentiels sont soumis à une évaluation approfondie de leurs paramètres métaboliques et de leur état psychologique. Tout au long de la prise en charge médicale, le patient devrait avoir la possibilité de se familiariser avec les options chirurgicales, y compris les risques et les avantages associés à chaque intervention. Le patient doit être informé des restrictions alimentaires nécessaires et de toutes autres instructions postopératoires afin d'atteindre les objectifs de perte de poids. Pour les patients qui obtiennent une perte durable de leur poids et la correction des comorbidités par le traitement non chirurgical, la bienfaisance privilégie le maintien du traitement médical. Pour la plupart des patients qui ne réussissent pas à perdre du poids, la chirurgie bariatrique défend le principe de la bienfaisance en cherchant à atténuer ses comorbidités, améliorant ainsi sa santé et son bien-être. Pour les âges extrêmes, la balance bénéfique/risque est plus difficilement évaluable. Le choix entre courir le risque d'une anesthésie générale non anodine et garder une obésité morbide handicapante chez un sujet âgé vulnérable à faible espérance de vie, est discutable.

Les risques de la chirurgie bariatrique, la probabilité d'atteindre ou non les résultats souhaités, et le risque de complications imprévues soulignent l'obligation de non malfaisance.

Le patient adulte souffrant d'obésité morbide peut, contrairement à l'adolescent, assimiler et comprendre les risques et les complications possibles de la chirurgie bariatrique ainsi que la nécessité de changement de son comportement surtout alimentaire en postopératoire.

L'obligation de respecter la volonté et l'autonomie du malade a été posée par les tribunaux français dès 1935. Cette obligation est maintenant inscrite à l'alinéa 2 de l'article 16-3 du Code civil.

CONCLUSION

La demande croissante d'actes de chirurgie bariatrique est un phénomène de société qui peut s'expliquer par le besoin d'améliorer son image sociale, par les progrès et la qualité technique des actes chirurgicaux et aussi par un battage médiatique de plus en plus important.

Afin d'éviter les dérives liées à cette chirurgie pouvant entraîner des dommages pour les patients, le praticien doit obligatoirement respecter les recommandations nationales de la HAS ainsi que les règles éthiques de bonne pratique. La chirurgie bariatrique doit être considérée comme un acte thérapeutique et non esthétique.

REFERENCES

- [1] Organisation mondiale de la santé. Le défi de l'obésité dans la région européenne de l'OMS et les stratégies de lutte. Genève: OMS; 2007
- [2] Ducarme G, Revaux A, Luton D. Bariatric surgery and obstetrics. *J Gynecol Obst et Biol Reprod* 2009;38(2):107-16.
- [3] Charles MA, Basdevant A, Eschwège E. Enquête épidémiologique nationale sur le poids et l'obésité. *ObEpi*; 2012.
- [4] La haute autorité de santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Interventions initiales - Ré interventions. Janvier 2009
- [5] Jeffrey Mechanick and all. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and non surgical support of the Bariatric surgery patient. *Endocrine practice*;19,2;2013
- [6] Ob Epi - Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Enquête INSERM/TNS HEALTHCARE/ROCHE 2009.
- [7] I. Quercia, R. Dutia, D.P. Kotler, S. Belsley, B. Laferrère. Gastrointestinal changes after bariatric surgery. *Diabetes Metab*; 2014;40:87-94
- [8] L. Fumery a, M. Pigeyre, C. Fournier, L. Arnalsteen, G. Rivaux, D. Subtil, P. Deruelle. Impact de la chirurgie bariatrique sur le pronostic obstétrical. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 41 (2013) 156–163
- [9] Burke AE, Bennett WL, Jamshidi RM, Gilson MM, Clark JM, Segal JB, et al. Reduced incidence of gestational diabetes with bariatric surgery. *J Am Coll Surg* 2010;211(2):169–75.
- [10] Wittgrove AC, Jester L, Wittgrove P, Clark GW. Pregnancy following gastric bypass for morbid obesity. *Obes Surg* 1998;8(4):461–4.
- [11] Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB). Directives pour le traitement chirurgical de l'obésité. Mis en vigueur le 9.11.2010
- [12] L. Tuchtan et al. Responsabilité médicale dans le cadre de la chirurgie de l'obésité morbide par anneau gastrique ajustable : à propos de neuf cas expertisés. *Journal de Chirurgie Viscérale*(2013) 150, 416-422
- [13] la CNAMTS. Chirurgie de l'obésité : analyse des pratiques et de leur pertinence. 21 février 2013
- [14] Ph. de Mestier. L'obésité aux États-Unis : un peu d'amélioration grâce à la chirurgie et un semblant de modification des habitudes alimentaires. Le journal aux congrès. Congrès de l'American College of Surgeons, New Orleans, 10-14 octobre 2004
- [15] Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Le traitement chirurgical de l'obésité morbide. Mise à jour. Rapport préparé par RaoufHassen-Khodja et Jean-Marie R. Lance. *ETMIS* 2005;1(4).
- [16] M. Paita et al. La chirurgie bariatrique en France en 2011, et son évolution depuis 2006 : données nationales exhaustives de l'Assurance Maladie. *Diabète – Montpellier* 2013.
- [17] Hamdan K, Somers S, Chand M. Management of late post-operative complications of bariatric surgery. *Br J Surg* 2011; 98 (10):1345–55.
- [18] C. Ciangura, N. Corigliano. Chirurgie de l'obésité et ses complications. *La Revue de médecine interne* 33 (2012) 318–327
- [19] Malhotra A, White DP. Obstructive sleep apnoea. *Lancet* 2002;360(9328):237-45.
- [20] Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol* 2003; 158(12):1139- 47.
- [21] Lau DCW, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E. Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants [sommaire]. *CMAJ* 2007;176(8 Suppl):SF1-14.
- [22] Basdevant A. Plan d'action : Obésité- Etablissements de soins. Propositions d'actions pour l'amélioration des conditions de prise en charge des personnes obèses dans les établissements de santé. 2008.
- [23] Rawan O. Saab, Mansour I. El Khoury, Rosette A. Jabbour. Wernicke encephalopathy after Roux-en-Y gastric bypass and hyperemesis gravidarum. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, Volume 9, Issue 6, November–December 2013, Pages e105-e107
- [24] Le risque des professionnels de santé en 2011. Responsabilité civile professionnelle et protection juridique. Rapport d'activité
- [25] Le risque des professionnels de santé en 2012. Responsabilité civile professionnelle et protection juridique. Rapport d'activité
- [26] Rodde-Dunet MH, Marty M, Paita M, Fender P, Allemand H. La chirurgie de l'obésité en France : résultats d'une enquête prospective nationale. *Ann Chir* 2005; 130(5): 309-17.
- [27] Letouzey C, Gombault N. Analyse des décisions civiles, pénales et de CRCI ayant entraîné en 2009 la condamnation de chirurgiens. *Revue de formation sur le risque médical*, supplément au numéro 42.
- [28] Donna A. Caniano, MD, FACS, FAAP. Ethical issues in pediatric bariatric surgery. *Seminars in Pediatric Surgery* (2009) 18, 186-192