

Université Catholique de Louvain - Faculté de Médecine



Chirurgie bariatrique, du rêve à la réalité :

Comment les patients vivent-ils la prise en charge de l'obésité par la chirurgie bariatrique ?

**Etude du vécu de ces patients et réflexion sur le rôle du médecin généraliste dans
l'accompagnement de ces patients**

Charline BRONCHAIN

Travail de fin d'études
Master complémentaire en médecine générale

Année académique 2019-2020

Promoteur : Dr Chevalier F.
Co-promoteur : Dr de Rouffignac S.

REMERCIEMENTS

A mon promoteur Dr François Chevalier pour m'avoir soutenue dans le choix de ce sujet, pour son aiguillage lors de la réflexion et pour sa relecture,

A ma co-promotrice Dr Ségolène de Rouffignac pour ses nombreux conseils en recherche qualitative, pour ses remarques pertinentes et pour sa disponibilité,

.....

Aux patients ayant participé aux entretiens, pour leur confiance et pour le temps qu'ils m'ont consacré,

.....

A mes parents et ma famille, qui m'ont accompagnée tout au long de mon parcours universitaire, pour leurs relectures, pour leur soutien et leurs encouragements sans faille,

.....

A François, pour ses apports sur la chirurgie, pour ses multiples relectures et ses précieux conseils, pour son enthousiasme et son soutien légendaire.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	1
RESUME	2
I. INTRODUCTION.....	3
II. CADRE THEORIQUE.....	4
2.1. La prise en charge de l'obésité par la chirurgie bariatrique.....	4
2.1.1. Indications chirurgicales	4
2.1.2. Techniques chirurgicales	5
2.1.3. Avantages et inconvénients.....	6
2.1.4. Rôle du médecin généraliste	6
III. PARTIE PRATIQUE : MATERIELS ET METHODE.....	7
3.1. Recherche bibliographique	7
3.2. Choix de la méthode	7
3.3. Comité d'éthique.....	8
3.4. Recrutement et échantillonnage.....	8
3.5. Analyse de données	9
IV. PARTIE PRATIQUE : RESULTATS.....	10
4.1. Moi et mon poids avant la chirurgie : la relation du patient avec son poids	10
4.1.1. Victime politique et économique	11
4.1.2. Victime des responsabilités	11
4.1.3. Victime des émotions	11
4.2. De victime à acteur de l'obésité : la vie après la chirurgie bariatrique	13
4.2.1. Phase 1 – « Honey Moon »	13
4.2.2. Phase 2 – « Hangover »	16
4.2.3. Phase 3 – « Back to reality »	19
4.2.4. Phase 4 – « Let's go ».....	23
4.2.5. Et si on prenait un autre chemin ?.....	23
4.2.6. Attention aux marches	25
4.3. Le médecin généraliste : une place à trouver dans la prise en charge de l'obésité ...	27
4.3.1. Avant la chirurgie : acteur ou spectateur de l'obésité ?.....	27
4.3.2. Après la chirurgie : acteur ou spectateur de l'obésité ?.....	28
4.3.3. Le patient, une source d'inspiration pour l'implication du MG ?.....	30
V. PARTIE PRATIQUE : DISCUSSION	32
5.1. Les principaux résultats.....	32
5.2. Un paradoxe entre une maladie chronique et une prise en charge urgente	33
5.3. La chirurgie bariatrique : un rôle pour le médecin généraliste ?.....	34

5.4. Schématisation globale d'un parcours bariatrique et du rôle du MG.....	39
5.5. Les limites et biais	40
CONCLUSION.....	41
BIBLIOGRAPHIE	42
ANNEXES.....	44
Annexe 1 – Avis du comité d'éthique	44
Annexe 2 – Guide d'entretien	45
Annexe 3 – Retranscription de l'entretien avec le septième patient	46

LISTE DES ABREVIATIONS

- **BMI** : Body mass index = indice de masse corporelle
- **CPAP** : Continuous positive airway pressure = ventilation en pression positive continue
- **KCE** : Centre fédéral d'expertise des soins de santé
- **MG** : Médecin généraliste
- **RGO** : Reflux gastro-œsophagien
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **TFE** : Travail de fin d'études

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1. Illustration schématique d'un bypass gastrique.....	5
Figure 2. Illustration schématique d'une sleeve gastrectomie.....	5
Figure 3. Illustration schématique des résultats : les phases du « bien-être psychologique » en fonction du temps	13
Figure 4. Illustration schématique du modèle « pyramide » pour l'implication du MG	29
Figure 5. Illustration schématique du modèle « ascenseur » pour l'implication du MG	30
Figure 6. Illustration schématique du modèle « socle » pour l'implication du MG	35
Tableau 1. Caractéristiques du bypass selon Roux et de la sleeve gastrectomie.....	6
Tableau 2. Caractéristiques médicales des patients participants	10
Tableau 3. Critères d'analyse de la qualité d'études qualitatives par Mays and Pope	40

RESUME

« Chirurgie bariatrique, du rêve à la réalité : Comment les patients vivent-ils la prise en charge de l'obésité par la chirurgie bariatrique ? Etude du vécu de ces patients et réflexion sur le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement de ces patients. »

Introduction. L'obésité est une problématique mondiale croissante. La Belgique n'y échappe pas. Dans ce contexte, la chirurgie bariatrique est devenue une option thérapeutique efficace, entraînant une perte pondérale importante et une diminution des comorbidités associées. Cette intervention est un acte thérapeutique invasif, induisant des transformations rapides tant corporelles que psychologiques et nécessitant une discipline post-opératoire sérieuse. Le médecin généraliste est de plus en plus confronté au suivi de ces patients. L'objectif de ce TFE est de comprendre l'expérience des patients et la place du médecin généraliste dans ce suivi.

Méthodologie. L'étude menée est une recherche qualitative. Sept entretiens compréhensifs ont été réalisés auprès de patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique.

Résultats. Avant la chirurgie bariatrique, la relation du patient avec son poids a été mise en évidence et détaillée. Après l'intervention chirurgicale, le vécu des patients a été analysé de façon chronologique, en décrivant quatre grandes phases émotionnelles par lesquelles les patients peuvent passer : la première phase « Honey Moon », la deuxième phase « Hangover », la troisième phase « Back to reality », la quatrième phase « Let's go ». Lors de ces différentes phases, il y a également deux moments de transition importants qu'il convient de ne pas manquer. Ce vécu est propre à chaque individu et varie en fonction de l'histoire personnelle du patient. Dans cette optique, il est ressorti que le médecin généraliste a un rôle crucial à jouer dans le suivi pré- et post-opératoire de ces patients.

Conclusion. La compréhension des multiples enjeux de cette intervention chirurgicale a permis de mieux comprendre la place que le médecin généraliste peut prendre dans l'accompagnement des patients souhaitant bénéficier d'une chirurgie bariatrique.

Mots clés. Obésité, chirurgie bariatrique, vécu, suivi, médecine générale.

I. INTRODUCTION

Selon l’OMS, à l’échelle mondiale, le nombre de cas d’obésité a presque triplé entre 1975 et 2016 (1). La Belgique n’est pas épargnée. Selon le KCE, à l’heure actuelle, un adulte sur sept est obèse, en Belgique (2). L’obésité est une véritable problématique de santé publique. Il s’agit d’une maladie chronique et complexe, entraînant d’une part une morbi-mortalité majeure par l’augmentation du risque de diabète, de maladies cardiovasculaires, de certains cancers et de décès prématurés et d’autre part une souffrance psychologique et une stigmatisation importante. Une adaptation de l’hygiène de vie (alimentation saine et exercice physique régulier) reste la pierre angulaire du traitement conservateur de l’obésité, en raison de sa nature peu invasive et de ses risques limités. Mais cela ne suffit pas toujours à obtenir et maintenir l’effet souhaité (1)(2)(3)(4). Dans ce contexte, la chirurgie bariatrique est devenue une option thérapeutique efficace dans la prise en charge de l’obésité. Elle entraîne une perte pondérale importante et durable chez la majorité des patients opérés ainsi qu’une réduction des comorbidités associées. Cependant, cette chirurgie est non négligeable et nécessite un suivi sur le long terme afin de limiter les complications chirurgicales, nutritionnelles ou psychologiques.

Lors de mon assistantat en médecine générale, j’ai mainte fois été interpellée par le nombre de patients en surpoids voire obèses, par le nombre de patients ayant bénéficié de la chirurgie bariatrique et par le nombre de consultations concernant les complications somatiques et psychologiques liées à cette chirurgie. Dépourvue, je me suis interrogée sur le vécu et le parcours de ces patients : « Comment vivent-ils l’obésité ? Qu’est-ce qui les a poussés à la chirurgie bariatrique ? Comment ont-ils été préparés ? Quel était le suivi post-opératoire ? Comment vivent-ils après l’opération ? Comment améliorer leur prise en charge ? ». De nombreuses questions sans réponse. La littérature scientifique offre beaucoup d’informations concernant les techniques chirurgicales, l’efficacité, les complications et les recommandations relatives au suivi médical. Mais peu de données scientifiques existent sur la qualité de vie et l’impact de la chirurgie bariatrique au long terme.

A l’heure où l’obésité est devenue une préoccupation majeure de santé publique, écouter le vécu des patients ayant eu recours à la chirurgie bariatrique me semble crucial pour d’une part comprendre ces patients et d’autre part améliorer la pratique du médecin généraliste.

II. CADRE THEORIQUE

2.1. Prise en charge de l'obésité par la chirurgie bariatrique

2.1.1. Indications chirurgicales

Lorsque l'adaptation de l'hygiène de vie ne permet pas d'atteindre l'objectif souhaité, on pourra envisager la chirurgie bariatrique.

Depuis 2007, la chirurgie bariatrique est remboursée dans notre pays pour les patients qui répondent aux critères suivants (2) :

- Adultes avec un BMI ≥ 40 avec ou sans comorbidité
- Adultes avec un BMI entre 35 et 40, associé à l'une de ces comorbidités :
 - Diabète de type 2, sous traitement médicamenteux
 - Hypertension artérielle réfractaire au traitement (> 140/90 mm Hg malgré un traitement correctement suivi et associant au minimum trois anti-hypertenseurs)
 - Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)
 - Révision chirurgicale suite à une complication ou un effet insuffisant d'une opération bariatrique antérieure

Par ailleurs, le dossier médical du patient doit comprendre un document attestant une période de régime d'un an minimum sans succès ainsi que le rapport de consultation réalisé par une équipe pluridisciplinaire comprenant au minimum trois spécialistes.

Ces conditions de remboursement risquent de s'agrandir. Le KCE a entrepris d'évaluer dans quelle mesure il serait souhaitable d'élargir les indications aux jeunes de moins de 18 ans et aux adultes atteints de diabète de type 2 dont le BMI se situe entre 30 et 35 (obésité modérée) (5). Il existe cependant des contre-indications absolues à la chirurgie bariatrique (6).

- Trouble de santé mentale aigue ou instable
- BMI <35
- Dépendance à l'alcool et/ou aux drogues

2.1.2. Techniques chirurgicales

Les principales techniques d'interventions sont : la dérivation gastrique de Roux en Y (le bypass), la gastrectomie longitudinale (la sleeve gastrectomie) et l'anneau gastrique (2)(6)(7). Ces opérations reposent sur un principe restrictif et/ou malabsorptif. Nous n'aborderons ici que les deux premières options, l'anneau gastrique étant progressivement abandonné en raison de son manque d'efficacité sur la perte de poids et de la nécessité de reprise chirurgicale fréquente (7).

✓ Bypass selon Roux

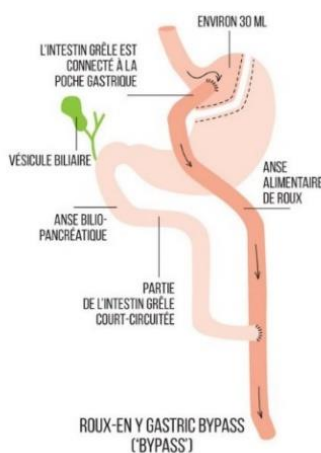


Figure 1. Illustration schématique d'un bypass gastrique (5)

Le bypass consiste à réduire l'estomac en une poche gastrique et à anastomoser cette partie à l'intestin grêle par un montage d'anse jéjunale en Y selon Roux. Selon cette méthode, la perte de poids est multifactorielle. Il y a une restriction alimentaire par la diminution du volume gastrique induisant une satiété précoce, une malabsorption des aliments par la diminution de la longueur de l'intestin grêle et une augmentation de la sécrétion de GLP-1 et PYY. Ces deux dernières hormones sont responsables d'une augmentation de la satiété en agissant au niveau du système nerveux central, digestif et endocrinien. Cette opération est théoriquement réversible.

✓ Sleeve gastrectomie

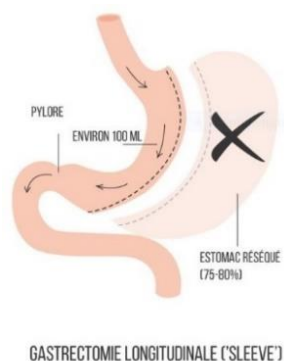


Figure 2. Illustration schématique d'une sleeve gastrectomie (5)

La sleeve gastrectomie consiste en une résection subtotale (80%) de l'estomac au niveau de la grande courbure, ne laissant qu'une portion peu extensible de l'estomac. La perte de poids est essentiellement liée au principe restrictif mais elle est également liée à l'augmentation de la vidange gastrique, responsable d'une augmentation de la sécrétion de GLP-1 et PYY. Le passage des aliments par l'estomac et le duodénum provoquerait aussi moins de malabsorption et par conséquent, moins de déficit vitaminique qu'en cas de bypass.

2.1.3. Avantages et inconvénients

	Bypass selon Roux	Sleeve gastrectomie
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Perte de poids potentiellement importante - Moins de RGO - Meilleur contrôle du diabète - Meilleur contrôle de la dyslipidémie - Techniquement réversible 	<ul style="list-style-type: none"> - Perte de poids potentiellement moindre qu'en cas de bypass - Pas d'hernie interne, beaucoup moins de dumping syndrome - Moins de carences nutritionnelles - Intervention techniquement plus simple qu'en cas de bypass - Possibilité de réaliser un bypass selon Roux dans un second temps
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention techniquement complexe - Risque d'anesthésie augmenté - Réversibilité possible mais peu effectuée en pratique - Complications : hernie interne, dumping précoce et tardif +++ 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention techniquement irréversible - Complications : RGO +++, œsophage de Barrett

Tableau 1. Caractéristiques du bypass selon Roux et de la sleeve gastrectomie (7)

2.2. Rôle du médecin généraliste

Face à une obésité croissante, il est évident que la prise en charge de cette pathologie devra passer par une plus grande sensibilisation et prévention de la population ainsi que par une participation accrue des autorités publiques. Force est de constater qu'aujourd'hui, le traitement le plus efficace de l'obésité est la chirurgie bariatrique (8)(9)(10). C'est pourquoi celle-ci est en pleine extension. Selon le KCE, plus de 13.000 opérations ont, en effet, été réalisées en 2016 en Belgique, ce qui correspond à une augmentation de 80% au cours des 7 dernières années (2).

Par conséquent, le médecin généraliste devient de plus en plus confronté à ce type de patients lors des consultations, tant en période pré-opératoire que post-opératoire. Certes, la littérature scientifique permet un accès aux recommandations de suivi médical de la chirurgie bariatrique (6)(11) mais il est regrettable de constater le manque de données sur l'impact psychologique à long terme de cette chirurgie. La compréhension du vécu de ces patients me semble pertinente pour améliorer la prise en charge du médecin généraliste et ainsi répondre à la question de recherche.

III. PARTIE PRATIQUE : MATERIELS ET METHODE

3.1. Recherche bibliographique

Lors de ma participation à un cours intitulé « Comprendre les besoins de la société d'aujourd'hui et de demain : notre responsabilité sociale en santé », je me suis penchée sur le sujet de l'obésité et de sa prise en charge. Depuis février 2019, j'ai commencé la première partie de la recherche bibliographique, via la base de données PubMed. Les mots clés utilisés pour effectuer les recherches étaient : « obésité », « chirurgie bariatrique », « effets de la chirurgie bariatrique » et « suivi de la chirurgie bariatrique », en français et en anglais. J'ai retenu les articles qui développaient les effets de la chirurgie bariatrique et le suivi post-opératoire ainsi que ceux qui évoquaient l'expérience des patients face à cette intervention. J'ai consulté et utilisé les références bibliographiques de ces articles pour constituer ma propre bibliographie. Cette recherche a été complétée par la littérature scientifique provenant de certains articles de la Revue Médicale Suisse ou du Journal du médecin. La consultation de sites officiels comme ceux de l'OMS et du KCE a permis également d'apporter des informations supplémentaires précieuses.

3.2. Choix de la méthode

L'objectif étant de recueillir le vécu des patients via des entretiens individuels, j'ai fait le choix d'une méthodologie qualitative (18)(19). En effet, les patients sont, selon moi, les mieux placés pour nous informer de leur expérience et pour aider à mieux comprendre leurs ressentis lors du parcours de la chirurgie bariatrique. Je définirai le parcours bariatrique comme tout ce qui est lié au contexte de l'obésité et de sa prise en charge par l'intervention chirurgicale. Cette dernière est un événement clé dans la prise en charge de l'obésité. Il s'agit d'une démarche thérapeutique longue et exigeant une discipline sérieuse pré- et post-opératoire. Cette discipline nécessaire pourra influencer la qualité de vie et l'aspect psychologique du patient à long terme.

Dans cette optique, il me semble essentiel de laisser la parole aux patients sans imposer de questions fermées et prédéfinies. Le but n'est pas d'obtenir une évaluation mais plutôt une meilleure compréhension du sujet, à travers différentes thématiques.

J'ai donc recueilli des récits de patients au travers d'entretiens compréhensifs (18) (19). Ce type d'entretien permet un usage souple du guide d'entretien préalablement réalisé pour orienter l'échange. Le guide d'entretien est à disposition en annexe 2. Le début de la rencontre est amorcé par une question large, ciblant la problématique de l'obésité. L'entretien évolue au rythme du patient, des réponses apportées et suit la dynamique relationnelle à laquelle le patient contribue. Lors de l'entretien, je tente toutefois d'apporter une attention particulière mais non exclusive à certains thèmes prédéfinis comme le vécu avant et après l'opération, la démarche décisionnelle, le rôle du médecin généraliste, les ressources personnelles du patient, etc.

3.3. Comité d'éthique

S'agissant d'une étude prospective, le projet d'étude actuel a été soumis au comité d'éthique de l'UCL (CEHF : Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire). Le comité a émis un avis favorable en date du 22 octobre 2019. Ce dernier se trouve en annexe 1. La référence du CEHF est 2019/03SEP/383.

3.4. Recrutement et échantillonnage

Afin d'obtenir une collecte suffisante et variée de données, j'ai préalablement sélectionné les sujets à interviewer. Ils sont issus de patientèles différentes de celle de la maison médicale de Ransart où je travaille. J'ai donc contacté plusieurs médecins de la Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Charleroi (FAGC). Ceux-ci m'ont communiqué les coordonnées de patients potentiellement intéressés à participer à l'étude.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- femme ou homme
- âgé de plus de 18 ans
- suivi par un médecin généraliste hors de la maison médicale de Ransart
- ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique (le bypass gastrique ou la sleeve gastrectomie)
- délai variable entre l'intervention et le moment de l'entretien
- satisfait ou non de l'intervention
- capable de s'exprimer oralement en français ou en anglais

Les sept patients ayant participé aux entretiens avaient au préalable été informés de l'étude menée. Ils ont tous reçu un formulaire d'informations ainsi qu'un formulaire de consentement, avant notre rencontre. Les entretiens se sont déroulés entre novembre 2019 et février 2020. La date, l'heure et l'endroit de l'entretien ont été fixés à la meilleure convenance du patient. Les entretiens se sont principalement déroulés au domicile du patient, cadre extérieur au milieu médical. Deux patients ont toutefois souhaité une rencontre au cabinet médical. J'ai entamé l'enregistrement des entretiens dès leur début. L'enregistrement et la participation du patient s'arrêtent à la fin de l'entretien. Si certains étaient désireux d'avoir un retour de cet échange, je me suis engagée à leur faire parvenir la retranscription de leur entretien.

3.5. Analyse des données

Après chaque entretien, en l'absence de la personne interviewée, je me suis interrogée et j'ai écrit certains ressentis ou messages forts de l'échange : « Comment cela s'est-il passé ? Les questions étaient-elles pertinentes ? Que faire pour améliorer l'échange ? Quelles étaient les idées phares ? Quelle était l'ambiance ? Quel était le contexte de l'entretien ? ». En effet, il me semble que l'ambiance générale et les ressentis éprouvés lors de l'entretien peuvent influencer la relecture et l'analyse. Ces notes ont donc été laissées de côté et reprises lors de l'analyse.

J'ai choisi de retranscrire moi-même les entretiens afin que cette rédaction soit la plus juste et qu'un premier niveau d'analyse soit déjà réalisé. Chaque entretien a donc été retranscrit mot à mot, dans leur intégralité, en respectant l'anonymat et le discours tenu. Chaque mot a été transcrit et nuancé par les informations non verbales (rires, soupirs, silences, gestes, etc.). Une des interviews est disponible en annexe 3. Tous les entretiens ont été analysés selon la méthode de « théorisation ancrée », issu du cours « Recherche qualitative », proposé par le Dr de Rouffignac et dispensé à l'UCL en février 2020 (18). Il s'agit de construire et de faire émerger du sens, des idées, voire une théorie, à partir des données du terrain et du discours des patients. C'est un travail de prise de distance par rapport aux propos recueillis. La première étape consiste à étiqueter l'ensemble du texte. Les éléments les plus signifiants sont regroupés par catégories. Ces dernières ont permis de créer une synthèse que j'ai décidé de schématiser par une courbe temporelle dans le cadre de la recherche (cfr Figure 3).

IV. PARTIE PRATIQUE : RESULTATS

Au total, j'ai contacté sept patients qui ont tous accepté de participer à l'étude. Il n'y a pas eu de refus, ce qui me permet de supposer que les patients avaient une envie voire un besoin de partager leur expérience. Les vécus étaient très variables selon les patients. Toutefois, la saturation des données n'est pas atteinte. D'autres interviews auraient pu enrichir certains thèmes. Parmi les patients interrogés, il y avait quatre femmes et trois hommes. Ils étaient tous majeurs. La chirurgie bariatrique avait eu lieu entre 6 mois et 6 ans avant l'entretien. La durée moyenne des entretiens était de cinquante minutes.

	Sexe	Chirurgie	Année
P1	F	Bypass	2013
P2	F	Bypass	2019
P3	M	Bypass	2017
P4	M	Bypass	2016
P5	F	Sleeve	2017
P6	M	Sleeve	2015
P7	F	Sleeve	2015

Tableau 2. Caractéristiques médicales des patients participants

Lors de l'analyse de ceux-ci, j'ai pu relever trois résultats principaux. Le premier met en évidence la relation des patients avec leur poids avant la chirurgie. Le deuxième est synthétisé sur une ligne du temps, identifiant les phases émotionnelles par lesquelles le patient peut passer lors du parcours bariatrique. Le troisième démontre l'implication du médecin généraliste dans cette prise en charge.

Dans la suite de ce travail, des extraits de phrases de patients (verbatim P1 à P7, *en italique*) sont à la base de la construction de la réflexion et sont présentés pour étayer les résultats.

4.1. Moi et mon poids avant la chirurgie : la relation du patient avec son poids

La première partie des résultats exprime la relation des patients avec leur poids avant la chirurgie. L'obésité n'est pas seulement un problème comportemental : elle est le résultat d'une vulnérabilité individuelle, exacerbée par des déterminants multiples. Ces derniers s'ancrent dans une société qui les pousse parfois à être « victime » de leur obésité. Les récits des patients illustrent ainsi l'impact de ces déterminants sur cette pathologie.

4.1.1. Victime politique et économique

Certains patients dénoncent l'influence des choix politiques, notamment celui du monopole de l'industrie alimentaire sur la qualité de l'alimentation, tandis que d'autres décrivent celle de la réalité économique.

- P1 : « On a beau dire qu'il faut manger 5 fruits et légumes par jour, ça coûte cher ! On a beau essayé de manger normalement avec une bonne alimentation mais ça coûte cher ! Ça revient moins cher maintenant à l'heure actuelle de manger un Quick que de manger sainement. »
- P3 : « Maintenant, on travaille à deux, on n'a pas le choix. Si on veut vivre un peu décemment, on est obligé de travailler à deux et (...) forcément, la bouffe s'en ressent puisqu'on fait des trucs qui vont un peu plus vite, on ne prend pas le temps de cuisiner (...) »

4.1.2. Victime des responsabilités

A cette réalité économique, s'ajoutent les difficultés qui peuvent entraîner un gain de poids, comme la responsabilité familiale et/ou professionnelle.

- P3 : « (...) Dès que j'ai des problèmes, je mange. »
- P4 : « (...) Et voilà, je suis devenu papa, j'ai changé d'activité professionnelle, de travail, tout. (...) Et puis, j'ai pris, j'ai pris, j'ai pris. Allez de 82kg, je suis monté à 127. »

4.1.3. Victime des émotions

L'obésité peut être également enclenchée et exacerbée par des événements de vie.

- P5 : « Je crois qu'il y a quand même eu un choc émotionnel à la mort de mon fils, suite à la leucémie (silence). (...) C'est vrai qu'on était... était des expatriés longtemps donc c'est vrai qu'on avait une vie... une vie mondaine. »

La majorité d'entre eux décrivent l'obésité comme une souffrance psychologique et physique.

- P1 : « (...) Je n'étais vraiment pas bien dans ma peau, mal partout. Je me renfermais sur moi-même beaucoup, moi, je ne sortais pas, je ne parlais à personne. D'ailleurs, je voulais voir personne. J'étais vraiment très mal dans ma peau vu mon obésité (...) »
- P2 : « Parce que se regarder dans une glace quand on est gros, c'est pas évident parce que moralement, ça vous atteint dans tous les sens. Vous pensez ne pas plaire, vous vous renfermez sur vous-même. »

Plusieurs patients expriment un déni du comportement alimentaire et du schéma corporel.

- P2 : « Il y a des moments où je peux vous avouer maintenant que je ne me rendais même pas compte de ce que je mangeais. C'est le lendemain quand j'allais au frigo, que je me dis : bah tiens il y avait ça dans le frigo (...) j'ai mangé autant moi !? »
- P7 : « On se regarde dans le miroir mais on ne voit pas une personne forte hein. (...) On ne se voit pas comme dans la réalité quoi. »

D'autres patients s'adaptent et acceptent de vivre avec cette obésité.

- P3 : « J'ai toujours accepté mon corps comme il était (...) même avant l'opération, moi je me promenais sur la plage en maillot, ça ne m'a jamais posé problème, encore moins maintenant. Le regard des autres ne m'a jamais dérangé. »
- P7 : « Depuis que j'ai l'âge de 7 ans, je suis en surpoids. Donc j'ai dû l'accepter ce surpoids et vivre avec. Je ne vivais pas mal avec, j'avais fini par l'accepter et me sentir bien dans ma peau. »

Les comorbidités semblent souvent être un point de départ pour la réflexion d'une éventuelle chirurgie bariatrique.

- P3 : « Pour moi, le corps m'a donné l'alerte en me donnant le diabète. Il m'a fait un signe qu'il est temps de faire quelque chose. »
- P5 : « (...) En Corée du Sud, j'ai fait une embolie pulmonaire. (...) Immédiatement, le cardiologue m'a dit : beh je crois, je suppose qu'en Corée, on t'a dit qu'il fallait maigrir. »
- P7 : « Mais puis, un jour avec le diabète (...) je suis passée à l'insuline. Donc là à un moment, il faut dire stop aussi. (...) Je suis suivie par une endocrinologue (...) »

Quelle que soit la perception de l'obésité par le patient ou le processus de réflexion menant à l'intervention chirurgicale, ils ont tous eu recours à la chirurgie bariatrique pour tenter d'apporter une solution à leur obésité.

4.2. De victime à acteur de l'obésité : la vie après la chirurgie bariatrique

Pour la deuxième partie, j'ai fait le choix de synthétiser les résultats sur une ligne du temps. Elle exprime les phases émotionnelles par lesquelles les patients semblent passer lors de la prise en charge chirurgicale de l'obésité. L'ensemble des récits de patients fait émerger, sur base des étiquettes, quatre grandes phases, schématisées sur la courbe bleue. Deux points d'inflexion sur la courbe sont décrits comme des points de départ de parcours alternatifs empruntés par certains patients, ici représentés par la courbe verte et la courbe orange.

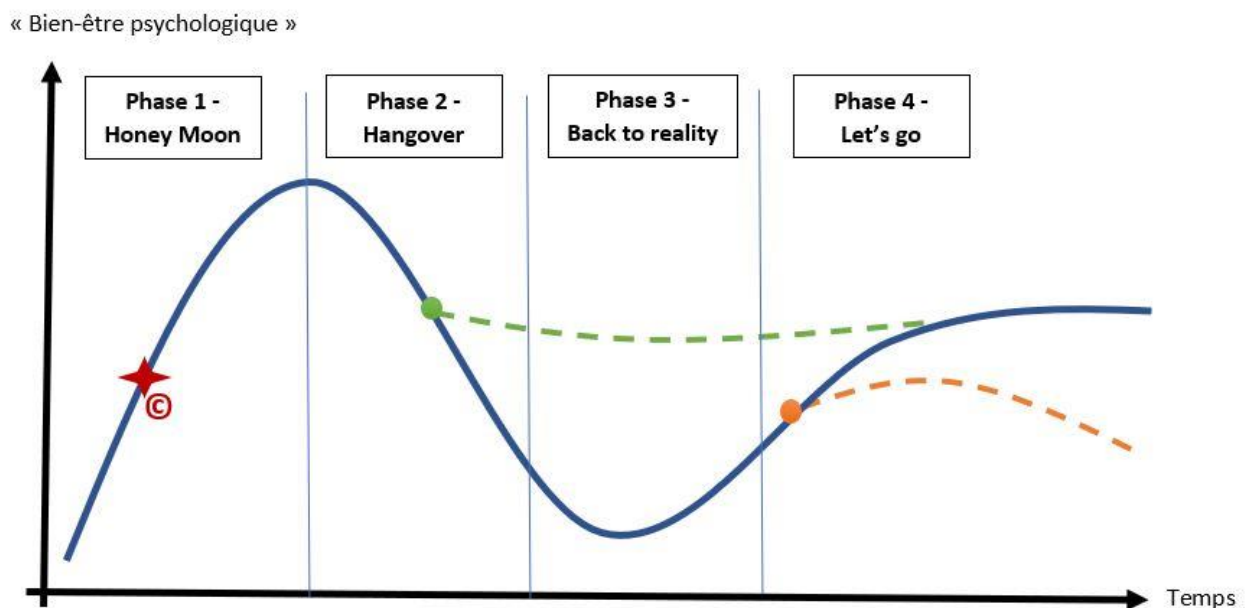


Figure 3. Illustration schématique des résultats : les phases du « bien-être psychologique » en fonction du temps

4.2.1. Phase 1 - "Honey Moon"

C'est durant cette phase qu'a lieu la chirurgie bariatrique, représentée par l'icône © sur le schéma et variable selon chaque patient. Elle s'inscrit dans une phase dite "Honey Moon", décrite comme une phase d'enthousiasme. Les patients « victimes » de leur poids reprennent une position de force vis-à-vis de leur corps en étant « acteur » de changement. Quand l'obésité est vécue comme un handicap chronique physique ou psychologique, le choix personnel de la chirurgie bariatrique apparaît comme une solution miracle. Les enjeux et complications potentiels sont minimisés malgré que ceux-ci soient généralement mentionnés en pré-opératoire. Les récits de vécu de patients relèvent sept points manifestant cette euphorie.

a) Une souffrance corporelle et psychologique enfin entendue

La souffrance chronique liée à l'obésité est telle qu'elle semble enfin être entendue quand le chirurgien accepte la demande du patient de perdre du poids par l'intervention chirurgicale. La chirurgie apparaît comme la solution ultime.

- P1 : « *Si je ne perdais pas de poids dans autant de temps, j'étais en chaise roulante et là, j'allais mourir.* »
- P3 : « *Moi je l'ai fait pour une question de survie.* »

b) Une confiance aveugle au chirurgien

Lors de la préparation à l'intervention chirurgicale, la décision se fait généralement en réunion pluridisciplinaire et vient le moment où le choix du type d'opération se fait, choix souvent imposé par le chirurgien. Le patient a pleinement confiance en l'équipe médicale et paramédicale responsable de la chirurgie de l'obésité.

- P2 : « *Il dit : moi je vous conseille le bypass. J'ai fait confiance au chirurgien* »
- P5 : « *Et donc c'est lui qui m'a simplement dit : (...) il y a une solution. C'est peut-être faire la sleeve.* »
- P6 : « *(...)et c'est le chirurgien qui m'a dit que la sleeve était la meilleure solution quoi.* »

c) Adieu l'effet yoyo des régimes

Le premier traitement de l'obésité est l'adaptation du régime alimentaire associé à l'exercice physique mais l'échec répété des traitements conservateurs est un découragement face à cette pathologie.

- P4 : « *Les régimes, je n'y crois plus, ça fait effet yoyo sans arrêt.* »
- P5 : « *J'ai quand même fait des tentatives de régimes mais dès que je lâchais prise, ça recommençait.* »
- P6 : « *J'avais essayé de faire des régimes... On perd, on reprend, on perd, on reprend et c'est ça, qui m'énervait.* »

d) Une solution efficace

La majorité des patients ont essayé de nombreux régimes. Certains ont eu recours à des techniques non radicales mais néanmoins restrictives comme l'anneau gastrique ou le ballon

gastrique. L'échec de ces initiatives les incite aussi à aller vers les techniques invasives comme le bypass ou la sleeve.

- *P3 : « J'avais déjà posé un anneau. Mais (...) j'ai trouvé un moyen (...) il suffisait de boire en mangeant et on mange ce qu'on veut hein donc voilà »*
- *P6 : « J'ai essayé d'abord de mettre un ballon pour dire de... ne pas passer directement par l'opération mais ça n'a pas fonctionné. »*

e) Adieu les comorbidités

L'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, les douleurs articulaires, le diabète de type 2, les apnées du sommeil sont autant de comorbidités liées à l'obésité qui contribuent aux handicaps physiques et psychologiques du patient. Pour certains, le diabète est l'élément déclencheur de leur réflexion autour de l'obésité.

- *P1 : « Quand on a vu que, malgré les efforts (...), ça n'allait pas et que ma santé déclinait, on a parlé de l'opération. »*
- *P4 : « Mais il faut savoir que maintenant, depuis ma perte de poids, mon médecin traitant a réduit mes médicaments quasiment de moitié. »*
- *P6 : « (...) parce que je ne savais plus rien faire, je ne savais plus lacer mes chaussures (...) je montais une volée d'escaliers, j'étais essoufflé. »*
- *P7 : « Il m'a dit avec l'opération, vous n'aurez plus de diabète. (...) Le rêve d'arrêter l'insuline et d'arrêter de me piquer tous les X temps pour voir s'il y avait du sucre qui montait ou pas. »*

f) Adieu les antidépresseurs et l'alcool

L'instabilité psychologique sous-entendue par la prise d'antidépresseurs ou par la surconsommation d'alcool est théoriquement une contre-indication à la chirurgie bariatrique. Ces fragilités sont exprimées en pré-opératoire mais la chirurgie bariatrique semble pouvoir y remédier...

- *P2 : « Vous êtes sous antidépresseurs donc ça veut dire que vous avez toujours ce problème de boulimie qu'il faudra sevrer mais bon ça, avec le temps, c'est l'opération qui va le faire d'elle-même. »*
- *P4 : « J'avais expliqué au maximum mon mode de vie. J'avais expliqué que j'aimais bien l'alcool. (...) Je dis : ça va, je perds du poids et j'aurai une autre hygiène de vie. »*

g) Corps de rêve, tendance et séduction

L'obésité est décrite comme une pathologie chronique, notamment parce qu'elle s'installe au fur et à mesure des années, selon le vécu et l'expérience de vie de chacun. Certains ont connu leur corps sans les kilos excédentaires. Ils rêvent donc de retrouver leur corps d'antan et de répondre à l'image sociétale du corps idéal et de la mode vestimentaire.

- P1 : « *C'était fort psychologique, je n'en pouvais plus, je ne pouvais plus vivre comme ça. Je voulais revenir comme avant.* »
- P4 : « *Je suis content quand je vais m'habiller parce que je trouve un pantalon, je me trouve un pull, je me trouve un t-shirt, je suis bien et tout.* »
- P7 : « *Un autre point positif, c'est que j'ai pu me re-habiller, acheter des vêtements qui me plaisaient.* »

D'autres associent ce nouveau corps à un moyen de séduction.

- P2 : « *Par contre, ici je me sens tellement bien que j'ai ré-envie de plaire. Donc j'espère que dans le temps...* »
- P2 : « *C'est vrai que le fait de me sentir mieux dans ma peau, j'avais l'impression qu'un homme ne me regardait plus.* »

4.2.2. Phase 2 - "Hangover"

Pour certains, la première phase peut être courte et éphémère. S'ensuit la deuxième phase dite « Hangover ». C'est une adaptation à un corps qui se transforme progressivement ou parfois trop rapidement pour certains. Il s'agit d'une phase de réappropriation de son corps qui a subi un acte chirurgical invasif, et d'une phase de stabilisation du poids. Apprendre à se reconnaître dans un nouveau corps, apprendre à reconnaître de nouveaux signaux comme ceux de la satiété, apprendre à adapter l'hygiène alimentaire. Les récits de vécu de patients mettent en évidence six points qui évoquent cette phase d'adaptation.

a) Un casse-tête chinois alimentaire

Beaucoup de patients évoquent les changements alimentaires et la difficulté d'adapter leur comportement alimentaire en post-opératoire. Ce qui était toléré avant l'opération ne l'est peut-être plus après ou inversement. La gestion de la soif et de la faim doit être réappropriée pour que le corps puisse l'accepter.

- P1 : « (...) Les carottes quand elles sont crues, je ne sais plus les digérer mais cuites oui, ça a changé (...) la salade, la laitue, je ne la digère plus. Par contre, la frisée, je la digère. Il y a des sortes de salades que j'arrive à manger et d'autres non. »
- P2 : « Et il explique que quand vous mangez, vous ne savez pas boire et quand vous buvez, vous ne savez pas manger parce que vous remplissez l'estomac. Donc c'est vrai que ça c'est très difficile à gérer au départ parce que moi j'ai tout le temps soif. »
- P5 : « Des choses qu'il faut mâcher trop longtemps, ça ne me convient plus trop bien. (...) J'ai des difficultés sur les salades, les salades vertes, les acidités, les choses acides. »

La consommation d'alcool peut entraver cette adaptation alimentaire.

- P4 : « Mais toutes les deux heures, j'ai faim. Mais dès que j'ai consommé une cannette (d'alcool), je n'ai plus faim. »

b) L'envie ou la raison

Un grand nombre de patients interrogés précise que le corps impose la restriction alimentaire alors que l'envie les incite à manger davantage. Il y a là un dilemme entre la raison de limiter la quantité alimentaire et l'envie de se faire plaisir.

- P2 : « Des fois, ma gourmandise est là. Et je mange un morceau, par exemple de chocolat, et je suis vite écœurée et j'arrête tout de suite. »
- P3 : « J'arrive à toujours aller un peu dans mes travers mais à un moment, je suis calé, je ne sais plus manger. Mon corps me dit stop. »
- P5 : « C'est le corps qui impose, oui. En tout cas dans mon cas, c'est le corps qui impose. »

c) La cuillère de trop

Quand la gourmandise prédomine, le patient se laisse guider par l'envie. Mais la gourmandise est parfois telle que le patient mange au-delà de ce qu'il peut et la satiété est atteinte plus rapidement qu'avant la modification chirurgicale. Cette satiété peut se manifester sous des signes que le patient doit apprendre à reconnaître.

- P2 : « Si vous avez la cuillère en trop, vous avez une douleur atroce qui se met vraiment (...) entre la poitrine et qui ça ne passe pas. C'est vraiment dur. (...) J'étais pas bien, j'avais des bouffées de chaleur (...) »
- P5 : « Il y avait un effet de trop plein, dès que je me couchais, hop ça y était. Donc il y a eu des fois des courses jusqu'à la salle de bain (...) »
- P6 : « Le seul truc, c'est qu'une fois, si je mange ou trop vite ou que je mange de trop, je salive. »
- P7 : « Au début, ça été très difficile parce que quand c'est trop plein, des fois, on ne le sent pas tout de suite (...) Après, j'ai repéré les signes qui disent "maintenant STOP" mais au début, je ne les repérais pas. »

d) La temporalité du corps

Lorsque l'évolution du changement corporel est trop rapide, elle peut être accompagnée d'un sentiment de mal-être. Une perte de poids rapide entraîne un bouleversement qui nécessite un temps d'adaptation pour la représentation du nouveau corps. Certains l'acceptent aisément, tandis que d'autres continuent à se percevoir comme étant toujours obèses et ont besoin d'un travail progressif d'adaptation.

- *P1 : « Parce qu'après un bypass, on doit être suivi parce qu'on ne se fait quand même pas au changement hein. Moi, je ne me vois toujours pas mince. Dans ma tête, je suis toujours obèse. »*
- *P3 : « C'est en regardant des photos d'avant et d'après sur deux ans que j'ai vu qu'il y avait une fameuse différence (...) c'est comme ça que je l'ai plutôt remarqué... »*
- *P7 : « Parce que à un certain moment, je n'allais pas bien après l'opération. Donc j'ai maigri vite. J'ai perdu sur à peine 6 mois mes 50 kg donc j'ai maigri vite. Ça aussi, on n'est pas prêt. Et là, j'ai commencé à avoir une mauvaise image de moi (...)"*

e) Un soutien psychologique et diététique

Cette adaptation aux transformations majeures (changement alimentaire et temporalité du corps) peut se réaliser en collaboration avec différents intervenants. Les psychologues participent à la conscientisation pré-opératoire et accompagnent les patients dans l'adaptation de leur nouveau schéma corporel.

- *P3 : « Quand on ne se voit pas maigrir, on a la sensation qu'on a fait tout ça pour rien (...) avec l'aide des psychologues et tout ça, ça m'a permis de se voir (...) avec les photos... moi je m'étais fait une photo et j'avais pris mes mensurations. Même 10 cm, on ne s'imagine pas... On voit ce que c'est 10 cm mais sur le corps on ne s'imagine pas ce que c'est... »*
- *P6 : « Le psychologue avait l'air plutôt de dire qu'il fallait se méfier parce que toute opération comportait un risque et qu'il ne fallait pas faire n'importe quoi. Bon, c'était en pleine conscience que je le faisais (...). »*
- *P7 : « Elle m'a aiguillée vers des solutions. Elle ne m'a pas laissée dans mon idée noire de mon corps qui avait changé. »*
- *P7 : « Le regard des autres sur moi... mon corps qui allait changer... Tout ça, je ne m'y attendais pas donc je n'ai pas été informée de tous ces changements. Et peut-être faire un travail aussi sur la privation d'aliments, parce que ça, on n'en parle pas. »*

Les diététiciens orientent les nouvelles habitudes alimentaires.

- *P3 : « Il me fallait toujours l'aide... d'être accompagné mais surtout de pouvoir être rassasié quand j'ai fini de manger. »*

- P7 : « J'ai revu une diététicienne et c'est avec elle que j'ai fait le petit programme (...) avec ce que j'aimais bien manger, ce que je peux manger pour mes carences donc elle, elle m'a suivie. Elle m'a aussi même envoyé des mails quand j'avais des doutes sur quelque chose et j'envoyais un mail et elle répondait... »

Certains patients sont demandeurs d'un suivi psychologique et/ou diététique. Mais le non-remboursement à long terme des consultations chez le psychologue ou le diététicien est un frein et participe à la difficulté d'un suivi post-opératoire de qualité.

- P1 : « Quand j'ai l'argent pour les compléments vitaminiques, oui (je les prends) ! ça coûte très cher ! trop cher ! »
- P4 : « (...)L'INAMI, je pense, remboursait jusqu'à 6 séances, je crois, de psychologue. Et après 6 séances, il n'y a plus de remboursement de l'INAMI quoi. »

f) Une discipline alimentaire post-opératoire

La chirurgie bariatrique nécessite une prise en charge post-opératoire exigeante et minutieuse, comme par exemple, la prise quotidienne de compléments vitaminiques. L'aide psychologique et diététique ne peut remplacer la discipline du patient. Pour certains, elle est respectée.

- P3 : « On conseille de ne pas se priver et de manger ce qu'on veut mais de faire attention aux quantités. »
- P6 : « Les quantités qu'on mangeait avant, il faut oublier. C'est divisé par 3 ou 4. (...) Encore une fois, dans la vie, le plus difficile à faire, c'est le choix mais une fois que le choix est fait, on s'y tient et puis voilà. »

Pour d'autres, elle est un peu négligée.

- P2 : « Donc quand j'ai vu tout ce que le poids m'avait apporté et maintenant tout ce que la perte de poids m'apporte, je conseillerais de le faire. Mais il faut absolument dire aux personnes qui le font qu'il y a des règles à suivre. Je le vois bien. Il y a des règles à suivre, même si je ne les respecte pas toutes, j'en respecte quand même au moins 70% sûr. »

4.2.3. Phase 3 - "Back to reality"

La troisième phase "back to reality" est une phase de réveil, de retour à la réalité. Il s'agit d'une conscientisation de l'acte réalisé, souvent associée à un désenchantement. Après les phases d'enthousiasme et d'adaptation, certains patients sont déçus de voir que l'opération

qu'ils percevaient comme une solution magique ne résout pas tout. Les six éléments suivants nourrissent la désillusion.

a) Les changements post-opératoires

Bien que la chirurgie bariatrique contribue efficacement au traitement de l'obésité, elle peut cependant comporter des complications à long terme. Les récits de vécus de patients ont relevé des complications liées à des troubles fonctionnels comme le reflux, la constipation, le dumping syndrome, les carences, les lithiases vésiculaires, etc.

- *P1 : « Quand je fais une crise de dumping, j'ai l'impression que je vais mourir. (...) Je suis pliée, je ne sais plus bouger. Faut pas qu'on me touche, faut pas qu'on me parle (...) la douleur elle dépasse les 10 tellement elle est horrible. »*
- *P4 : « Je suis en carence de vitamine B12 »*
- *P7 : « J'ai eu des maux d'estomac. J'avais mal à l'estomac tout le temps... sauf quand je mangeais. Quand je mangeais, ça allait mieux. »*
- *P7 : « (...) Et puis, ce que j'ai fait beaucoup, c'est des dumpings, c'est-à-dire quand je mangeais quelque chose de trop sucré, et bien je me sentais mal, mais mal pendant des heures, des sueurs froides, je transpirais de partout. »*

b) Le retour des comorbidités

Certaines comorbidités qui sont à l'origine de la réflexion concernant l'intervention chirurgicale réapparaissent parfois en post-opératoire.

- *P7 : « Le sucre a commencé à remonter donc maintenant je suis toujours à deux metformax par jour et sous surveillance (...) le cholestérol est revenu aussi. Euh... je prends des médicaments pour ça aussi. Je prends des médicaments pour l'estomac et je prends des vitamines tous les jours parce que je n'ingurgite pas assez de vitamines. »*

c) Adieu au corps de rêve et appel à la chirurgie esthétique

Après l'intervention chirurgicale, l'image corporelle n'est pas toujours à la hauteur de celle espérée. Les modifications corporelles entraînent parfois des excès de peau qui préoccupent fortement le patient et qui le mènent à avoir recours à la chirurgie esthétique.

- *P4 : « Il n'y a rien qui pend en dessous de mes bras, il n'y a rien. J'ai toujours mes biceps et tout ça mais je dois remuscler le tout voilà. »*
- *P7 : « Quand je vois mes cuisses, à chaque fois que je me déshabille devant la glace (...), j'ai envie de tailler dedans moi-même... retirer l'excès de peau tellement c'est horrible" (...) j'avais*

des peaux qui pendaient. Je n'avais jamais eu un corps de rêve mais là, c'était vraiment (...) Elle (l'acceptation du corps) s'est faite le jour où j'ai retiré les peaux de mon ventre. Il a fallu ça pour que j'encaisse tout, tout le reste. »

d) Chassez les mauvaises habitudes alimentaires, elles reviennent au galop

L'obésité est souvent associée à des troubles comportementaux alimentaires. S'ils ne sont pas conscientisés lors d'une préparation pré-opératoire et si les accompagnements psychologiques et diététiques ne suffisent pas, les travers reprennent le dessus et constituent un facteur de mauvais pronostic d'évolution pondérale post-chirurgicale.

- *P2 : « Après 3 mois, j'ai commencé à avoir mes coups de gourmandise et ça me semblait bon et la cuillère de trop... Mais là j'étais vraiment mal : j'avais des tremblements et tout. Et j'ai trouvé le truc : je me fais vomir (...) »*
- *P7 : « Ça, les envies, on ne les retire pas quand on vous opère. »*

e) La détresse psychologique

Dans le contexte de la chirurgie bariatrique, les transformations corporelles et psychologiques consécutives représentent un terrain propice pour développer une détresse psychologique qui s'inscrit souvent dans un profil émotionnel déjà fragile. Cette détresse s'explique notamment par différents facteurs :

- La détresse psychologique : l'isolement social

L'excès de poids entraîne souvent un sentiment d'infériorité, de sous-estimation de soi. Pour certains patients, la perte de poids consécutive à la chirurgie permet une affirmation de soi. Certains développent même un sentiment de vengeance, menant parfois à des comportements agressifs, responsables d'un isolement social. L'obésité peut conduire à l'exclusion sociale mais la perte de poids également.

- *P1 : « Je suis devenue un peu plus méchante parce que je me suis laissée trop faire avant quand j'étais grosse. (...) Et quand j'ai maigri, j'ai pris plus confiance en moi pour dire les choses (...) J'ai perdu beaucoup autour de moi et pour des mauvaises raisons. »*

- La détresse psychologique : le paradoxe entre le corps et l'esprit

L'intervention chirurgicale permet la concrétisation de la perte de poids tant attendue et la stabilisation des comorbidités mais elle ne garantit pas l'équilibre psychologique. Certains se

sentent complètement perdus et désemparés après cette chirurgie. De l'amertume s'en fait ressentir parfois.

- P1 : « Eux, ils pensent que c'est pour la facilité mais s'ils savaient ! S'ils savaient, ils ne le feraient pas (...) parce qu'elle me voyait maigrir fort, elle disait : oh c'est génial, tu rentres dans du 36. Oui effectivement, mais tu n'as pas les trucs derrière que je vis. »
- P4 : « Ici, ce n'est qu'une enveloppe. Vous voyez de l'extérieur que je suis bien mais dans la tête... »
- P7 : « J'ai perdu, sur à peine 6 mois, mes 50 kg donc j'ai maigri vite. Ça aussi, on n'est pas prêt. »

- La détresse psychologique : le sentiment d'incompréhension

Après une telle intervention, la détresse psychologique peut apparaître lorsque certains se sentent incompris face aux ressentis exprimés en post-opératoire.

- P1 : « Je ressens des choses que les gens normaux ne ressentent pas. »
- P1 : « Le chirurgien avait dit qu'une fois que j'aurai maigri, les douleurs partiraient. Mais je ne l'ai jamais cru. »
- P4 : « Parce que quand je bois de l'eau, de l'eau pure, je me dis que j'ai une boule à l'estomac. (...) je me dis que c'est pas normal, c'est ce qu'il y a de plus naturel de l'eau. Je bois un café, je n'ai rien. Je bois une bière, je n'ai rien »
- P7 : « Parce qu'à un moment, on a cru que ça venait de ma tête, que je n'avais pas accepté l'opération et que ces maux d'estomac étaient psychologiques. »

- La détresse psychologique : la modification de la libido

La modification corporelle comme l'excès de peau peut affecter la vie intime et modifier la libido.

- P7 : « Ma libido (sourires), je ne l'ai plus... »

f) La remise en question

La perte de poids peut parfois être vécue douloureusement et être à l'origine d'une remise en question, voire d'une culpabilité ou d'un regret face à la décision prise. Certains patients identifient rétrospectivement des aspects qui auraient pu être améliorés afin de limiter la souffrance physique ou psychologique post-opératoire.

- P1 : « Parce que derrière ça, il y a quand même beaucoup de problèmes qui peuvent arriver... je ne sais pas comment le dire... pas vraiment des problèmes mais des effets secondaires qui peuvent arriver derrière. Faut pas croire que c'est facile. C'est même très très dur. »

- P4 : « Je trouve que je n'ai pas été assez suivi psychologiquement. Je n'ai pas été bien préparé avant l'opération. »
- P4 : « Je suis un peu culpabilisé de devoir expliquer que j'ai fait un bypass. »
- P7 : « Il m'a vendu du rêve en me disant opération, perte de poids, plus de diabète donc plus d'insuline, plus de médicaments, plus rien... »
- P7 : « J'ai été un peu naïve aussi (...) Je ne me suis pas posée assez de questions... »
- P7 : « Mon corps allait changer... ça, je ne m'y attendais pas. Personne ne me l'a dit. C'est peut-être logique pour les médecins, pour les gens qui m'entourent, voilà ton corps va changer. Mais je ne m'attendais pas à une catastrophe ainsi en fait. »

4.2.4. Phase 4 - "Let's go"

La quatrième phase dite "Let's go" est une phase de redressement. Le patient a accepté l'intervention chirurgicale. Il a développé les ressources nécessaires, auprès du médecin traitant, du psychologue ou du diététicien, qui seront sollicités en cas de signes de fragilité. La chirurgie bariatrique n'est qu'une aide à la prise en charge de l'obésité.

- P3 : « Ça reste une aide, un accompagnement et si on ne fait pas d'effort, on reprend (...) »
- P5 : « Le résultat de l'opération, pour moi, est absolument bénéfique. Plus d'essoufflement, je remarque normalement ... je me sens bien. Je me sens tout simplement bien voilà. »
- P6 : « J'ai retrouvé une qualité de vie (...) impeccable. »

4.2.5. Et si on prenait un autre chemin ?

A ces quatre phases schématisées sur la courbe temporelle peuvent s'ajouter deux alternatives : la courbe verte et la courbe orange (cfr Figure 3).

Après une période d'adaptation aux changements corporels et aux modifications psychologiques éventuelles, la **courbe verte** veut refléter l'acceptation naturelle de l'intervention chirurgicale, une acceptation qui fait directement passer le patient de la phase 2 à la phase 4.

- P5 : « Je n'ai pas eu de gros problème (...) J'ai tout de suite compris que la dernière bouchée, si je ne la prenais pas, je savais pourquoi je ne la prenais pas. »
- P5 : « Plaisir de manger et plaisir de cuisiner. (...) Mais j'ai vraiment beaucoup de plaisir à cuisiner pour les autres. (...) Je mange ce que j'aime (...) Et c'est ça qui est très agréable dans cette intervention, c'est qu'on mange ce que l'on aime, en réalité. (...) Je ne me suis jamais sentie privée ni frustrée. »

- P6 : « C'est vrai que je ne pourrais plus redevenir comme j'étais quoi. Mais j'étais un bon vivant, on sortait, on.... C'était une belle période. Je vis toujours aussi bien mais dans des proportions moindres. C'est tout (sourire). »

Les événements médicaux qui s'en suivent sont vécus tels qu'ils sont, sans lien apparent avec la chirurgie bariatrique. Cela fait partie de la suite médicale de leur histoire.

- P3 : « Mon expérience est complètement positive à part la pierre (lithiase vésiculaire) ... Parce que certains médecins retirent directement la vésicule biliaire mais ici on ne l'a pas fait. Mais sinon je n'ai jamais eu de très gros problèmes, à part ça des pierres qui devaient passer, là ça faisait mal, ça. »
- P5 : « Oui, je l'ai toujours (la CPAP), je la garde et je me sens très bien. »

Cette courbe verte semble être empruntée lorsque les patients ont pris le temps de réfléchir et de conscientiser les enjeux corporels et psychologiques de l'intervention chirurgicale.

- P6 : « Moi je n'avais pas d'hésitation. A partir du moment où (...) je réfléchis avant de faire quelque chose, il n'y a pas de problème. Si j'avais décidé de la faire, je la faisais et (...) j'avais essayé de regarder les tenants et aboutissants, ce qu'il y avait besoin de faire. »
- P6 : « Il faut être bien conscient qu'une fois qu'on a enlevé l'estomac, on ne sait plus le remettre (...) c'était en connaissance de cause... il n'y avait aucun problème là-dessus. »

Après une période de désillusion, la **courbe orange** veut schématiser la complexité d'accepter les transformations physiques et psychiques. A travers les récits de patients, le vécu de la perte pondérale peut être douloureux et être à l'origine d'une détérioration psychologique ou de comportements inconscients, comme un glissement vers la dépression.

- P4 : « Je sens que c'est... pas l'opération qui a foiré mais voilà mon mental a foiré quoi mais euh... jamais, jamais, jamais, je ne conseillerai à quelqu'un de faire cette opération-là, jamais ! Je dirai : essaie de freiner sur ta fourchette ou sur la boisson ! »
- P7 : « Je suis complètement déprimée (...) ! encore maintenant... (sourires). Oh oui, ça m'a complètement bousillée cette opération. (...) »
- P7 : « Je vois beaucoup plus de négatif que de positif. »
- P7 : « J'étais à bout moralement et à bout physiquement (...) j'en pouvais plus ! »

La restriction alimentaire imposée par la chirurgie bariatrique ne permet plus de consommer des quantités importantes de nourriture en peu de temps. Ceci rend difficile la compensation des émotions négatives par les comportements alimentaires impulsifs. Après la chirurgie bariatrique, les patients ressentent parfois le besoin de trouver une autre source de compensation, comme l'alcool, qui peut se consommer plus aisément que la nourriture.

- P4 : « Et alors, niveau neurologique, je suis plus impulsif qu'avant, ça, c'est reconnu (...) J'ai eu une tentative de suicide (...) J'ai sombré dans l'alcool et tout (...) »
- P4 : « Des fois, je remets tout sur le bypass mais ça se peut que c'est parce que je suis devenu plus dépendant de l'alcool qu'avant quoi. »
- P4 : « Si je suis angoissé, je bois une bière, après les angoisses elles partent »

Par ailleurs, la décompensation psychique peut également mener à une rupture relationnelle avec son entourage.

- P1 : « Quand j'ai maigri, mon compagnon m'a mise dehors. J'ai mon entourage qui a coupé les ponts avec moi. »

La comparaison entre les patients au sujet de leur expérience de prise en charge de l'obésité par la chirurgie bariatrique peut confirmer un sentiment d'échec et être délétère pour le patient.

- P4 : « Il y a des gens qui ont fait les bypass et qui m'ont expliqué qu'ils n'ont jamais les symptômes que j'ai (...) Il y a des gens qui en font et il y en a qui n'en font pas. Et malheureusement, ça m'est tombé dessus. »

4.2.6. Attention aux marches

Sur cette courbe temporelle, s'inscrivent deux points « marches », des points d'inflexion. Ils représentent les deux moments clés auxquels il convient de porter une attention particulière lors du suivi du patient opéré.

a) La première marche

La première marche est le point charnière qui se situe durant la phase 2 de la courbe temporelle. Il semble dépendre de plusieurs facteurs : la qualité de l'accompagnement post-opératoire, l'implication du patient dans le choix de la chirurgie et l'influence du vécu des patients ayant été opérés.

Lors de la phase 2, certains patients se sentent désemparés suite à l'intervention. Malgré la concrétisation d'une perte de poids tant attendue, ils se perçoivent toujours comme étant obèses (cfr la temporalité du corps). D'autres patients, pour qui l'excès de poids constituait une protection physique et psychologique dans la relation avec autrui, vivent la perte de poids avec angoisse (cfr la détresse psychologique : l'isolement social). La qualité de

l'accompagnement post-opératoire dépendra fortement de la préparation pré-opératoire (cfr le soutien psychologique et diététique).

Par ailleurs, l'orientation vers la phase 3 peut également dépendre de l'implication du patient dans le choix du type d'intervention : le bypass ou la sleeve. Il y a certains patients pour qui la technique chirurgicale a été imposée, ce qui engendre parfois un désespoir.

- P1 : « C'est lui qui décide de toute manière pour l'opération (...) ce n'est jamais nous qui décidons (...) le chirurgien m'a dit que c'était le bypass et je n'avais pas le choix »
- P4 : « Je voulais être opéré de la sleeve (...) parce que pour moi, c'est l'opération la moins contraignante. Elle était moins lourde que le bypass. (...) Et il m'a dit « chez vous, ce sera le bypass ». Bon je suis resté un petit peu cloué sur ma chaise... »
- P7 : « Moi je fais la sleeve, je préfère commencer par la sleeve et si ça ne fonctionne pas, que vous n'avez pas le résultat attendu, à ce moment-là, on passera au bypass ». »

Pour d'autres, le choix a été réalisé en collaboration avec le patient.

- P5 : « Le bypass avait pour moi beaucoup de mauvaises réputations (...) Et à la sleeve, en fait je n'y connaissais rien du tout. Donc c'est peut-être le fait que je ne savais pas, que je ne connaissais pas qui a fait que j'ai accepté l'idée »

Enfin, la chirurgie bariatrique étant en pleine extension, les patients opérés retrouvent facilement dans leur entourage des personnes qui ont elles-mêmes été opérées d'une chirurgie bariatrique. La comparaison avec l'expérience d'autres patients pourrait pousser les patients instables psychologiquement vers la phase 3.

- P1 : « Elle arrive à manger de tout et moi, je ne sais plus manger de tout »
- P4 : « Mais je parle avec beaucoup de gens qui ont été opérés de manières différentes. Avec la sleeve, les gens ils mangent. Il y en a qui vomissent mais ils n'ont pas de syndrome de dumping comme moi j'ai. »

b) La deuxième marche

La deuxième marche est le point charnière qui se situe dans la partie ascendante de la phase 3. Il semble dépendre de la stabilité psychologique et du vécu de certaines situations négatives comme un décès ou un conflit relationnel.

- P3 : « Mon papa est mort il y a deux ans samedi... (...) à mon avis, j'ai géré le coup. Puis ma grande fille a fait une petite connerie et là je suis descendu dans les très fonds. (...) C'est le seul truc pour l'instant que je prends encore, j'ai un antidépresseur... »

4.3. Le médecin généraliste : une place à trouver dans la prise en charge de l'obésité

Lors des entretiens individuels avec les patients, le médecin généraliste a été évoqué à plusieurs reprises, aussi bien avant l'intervention chirurgicale qu'après celle-ci. Il semble avoir un rôle à jouer.

4.3.1. Avant la chirurgie : acteur ou spectateur de l'obésité ?

a) Une personne de confiance

Le médecin généraliste est généralement considéré comme une personne de confiance et accessible. Par sa proximité, il entretient une relation étroite et régulière avec le patient.

- P2 : « Mon médecin traitant (...) me connaît bien depuis des années. »
- P4 : « Quand j'allais pas bien, j'allais chez mon médecin traitant. »
- P5 : « Oui (...) il y a une place parce que finalement, c'est lui qui nous connaît (...) on peut lui parler au médecin traitant (...) mais je trouve qu'il y a quand même un lien qui s'établit avec les médecins traitants (...) »
- P6 : « C'est vrai qu'on a une confiance sans borne en notre médecin traitant. »

b) Un stimulateur de perte pondérale

Beaucoup de patients relatent que le médecin généraliste insiste sur la nécessité d'une perte pondérale face à leur obésité. Mais bien souvent, ils sont limités dans leur manière d'accompagner les patients pour cette perte de poids.

- P2 : « Mon médecin traitant disait tout le temps : faut que tu fasses régime. Mais personnellement, je n'y arrivais pas. »
- P3 : « Il m'a dit : il faut faire des efforts (...) »
- P6 : « Il disait que ce serait bon que je perde quelques kilos et que je fasse du sport et bon ça, c'est pour tout médecin qui se respecte »

c) Un conseiller pour la chirurgie bariatrique

Les médecins généralistes sont sollicités à plusieurs égards lorsqu'il s'agit de la chirurgie bariatrique. Ils peuvent orienter le patient vers un centre plutôt qu'un autre.

- P3 : « J'ai demandé à mon médecin traitant qui était le plus reconnu pour l'instant au niveau bariatrique »

Lorsqu'il y a une hésitation par rapport à la prise en charge de l'obésité par la chirurgie, ils peuvent être un élément d'impulsion à la décision définitive et confirmer l'avis du spécialiste.

- P5 : « (...) C'est lui qui (...) finalement, je dirais, psychologiquement donne le feu vert. (...) Le fait qu'il me dise « oui vas-y, fais-le », ça, ça été évidemment l'élément déclencheur puisqu'il y avait eu une période d'hésitation de deux ans avant. »

A l'inverse, certains patients ne sollicitent pas leur médecin traitant. Il s'agit d'une décision personnelle sans concertation avec ce dernier.

- P6 : « (...) Je n'en ai pas parlé avec mon médecin traitant (...) j'ai pris la décision tout seul, comme un grand. »

d) Un témoin de l'urgence

Sur base de certains récits de patients, on peut constater que la prise en charge de l'obésité exprime souvent un certain degré d'urgence. Ce degré d'urgence est en contradiction avec l'aspect chronique de la pathologie qui s'est souvent installée sur plusieurs années et qui a favorisé certaines comorbidités. Il semble être vécu tant par le patient, qui considère cette opération comme une opération de survie, que par le personnel soignant qui souhaite soulager le patient, au plus vite.

- P1 : « C'était urgent : c'était ça ou je mourrais (...) oui, il voulait m'opérer avant Noël. »
- P3 : « C'était une opération de survie. Non, j'en ai bien conscience que c'était de la survie. »
- P5 : « Le choix a été très vite fait. (...) A la limite, j'aurais voulu qu'il me la fasse tout de suite quoi. J'étais décidée, j'étais décidée. »

4.3.2. Après la chirurgie : acteur ou spectateur de l'obésité ?

Après la chirurgie, l'intervention du médecin généraliste auprès des patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique peut être différente selon l'évolution post-opératoire. Deux modèles d'implication du médecin généraliste sont présentés, à la suite de l'analyse du vécu des patients interrogés.

a) Modèle 1 – La pyramide

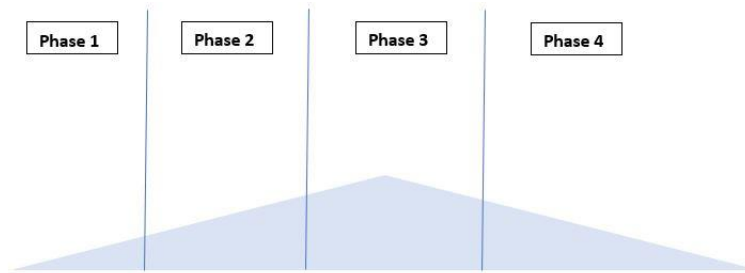


Figure 4. Illustration schématique du modèle « pyramide » pour l'implication du MG

Le **modèle 1** est en forme de pyramide et suggère que l'intervention du médecin généraliste s'accroît surtout lors de la phase 2 et atteint son sommet lors de la phase 3. Le patient sollicite le médecin généraliste au fur et à mesure que la phase d'euphorie diminue. Il consulte pour adapter les régimes alimentaires en post-opératoire, pour comprendre les nouveaux signes corporels, comme ceux de la satiété, et pour suivre les complications post-chirurgicales comme la fatigue, les douleurs, les carences, etc. Le médecin généraliste intervient également dans le soutien psychologique face à un corps qui change.

- P1 : « Tous les 2 mois, je fais une prise de sang et je me fais transfuser du sang si c'est nécessaire (...) fer et vitamine B12, on fait les piqûres de B12 à l'hôpital (...) dès qu'il y a un souci, il me téléphone. Dès qu'il a vu les résultats, il me sonne dans l'heure et je vais à l'hôpital. »
- P1 : « La fatigue est tout le temps là. J'ai des douleurs tout le temps, des douleurs musculaires, c'est horrible. J'ai des névralgies intercostales sur le côté. Et, plus j'avance, pire c'est. »
- P2 : « Si vous avez la cuillère en trop, vous avez une douleur atroce (...) Je l'ai eu quelques fois. (...) J'en ai parlé et mon médecin, il a dit « c'est la cuillère de trop en fait ». Du coup je mangeais moins sans avoir cette douleur (...) »
- P6 : « Prise de sang pour voir si je n'ai pas de carences »

Une fois que la chirurgie bariatrique et ses enjeux consécutifs ont été compris et acceptés, le patient poursuit son chemin. L'implication du médecin généraliste est donc moindre lors de la phase 4.

b) Modèle 2 – L'ascenseur

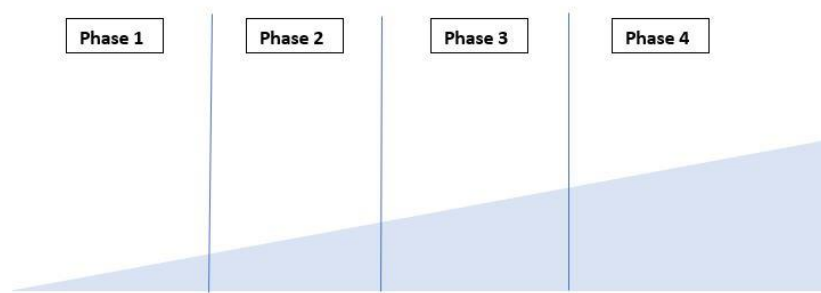


Figure 5. Illustration schématique du modèle « ascenseur » pour l'implication du MG

Le **modèle 2** est schématisé par une pente ascendante qui montre l'implication progressive du médecin généraliste après l'intervention. Les trois premières phases sont similaires au modèle 1. Mais dans ce cas-ci, le médecin généraliste est d'autant plus sollicité en phase 4. Si le patient souffre d'une instabilité psychologique et qu'il est face à une difficulté, une décompensation peut se manifester sous forme d'un comportement dépressif ou alcoolique. Ceci le mène à consulter plus régulièrement son médecin généraliste qui collabore avec les psychologues et diététiciens pour soutenir le patient en détresse.

- P4 : « Et mon médecin traitant m'a donné des traitements pour essayer de diminuer l'alcool (...) Mon médecin traitant m'a dit que ça, c'est un petit peu les troubles de l'alcoolisme »
- P7 : « J'ai été... Je suis complètement déprimée hein ! encore maintenant (...). Oh oui, ça m'a complètement bousillée cette opération. Comme je vous disais, je vois plus le noir que le blanc. »

4.3.3. Le patient, une source d'inspiration pour l'implication du médecin généraliste ?

Certains patients regrettent le manque de préparation à l'intervention chirurgicale. A posteriori, ils incitent les médecins généralistes à conscientiser davantage le patient aux enjeux de cette prise en charge chirurgicale. Le médecin généraliste est une personne de confiance, proche de l'histoire du patient et, par conséquent, apte à informer le patient en considérant ses facteurs psycho-sociaux.

- P1 : « Ils préviennent mais pas assez. Je pense que les patients écoutent plus leur médecin traitant que le spécialiste. Le spécialiste, lui, il est spécialiste sur l'opération mais le médecin traitant connaît plus son patient. »

Certains patients expriment la nécessité d'être conscient que l'intervention chirurgicale amène des changements radicaux tant psychologiques que physiques, auxquels ils devront

s'adapter. Cette adaptation ne sera pas aisée et demandera, pour certains, une collaboration avec les psychologues et les diététiciens.

- *P1 : « Le médecin traitant devrait parler plus, plus parler des conséquences sans pour autant dire : je t'interdis et laisser le choix au patient de décider si oui ou non il le fait ou pas. »*
- *P7 : « Tout ça, je ne m'y attendais pas donc je n'ai pas été informée de tous ces changements. Et peut-être faire un travail aussi sur la privation d'aliments, parce que ça, on n'en parle pas. (...) Mais on ne vous explique pas que vous allez devoir dire non à beaucoup de choses par après, après l'opération. Ça, on ne m'avait pas prévenue. »*
- *P7 : « Parce que je ne pense pas que moi, j'étais prête et le psychologue n'a rien vu que j'étais pas prête, parce qu'il n'a pas posé les bonnes questions. (...) »*

D'autres patients insistent sur le soutien incontestable qu'apporte le médecin généraliste.

- *P2 : « (...) lui a vraiment vu toutes les étapes. En 20 ans, il a tout vu. Il m'a vue très mince et puis (...) la déchéance vers le bas. Mon médecin traitant me soutient, il est content, il espère que ça va continuer. »*
- *P5 : « En tout cas, c'est un encouragement évident. »*

Enfin, le récit des patients illustre même leur volonté de mettre en place un partage d'expériences entre les patients qui vont être opérés et ceux qui ont été opérés, pour ainsi contribuer au travail de conscientisation des enjeux de l'intervention chirurgicale en période pré-opératoire.

- *P5 : « C'est pas un manque d'informations (...) les informations, on les a avant. On les a bien avant par les médecins (...) Mais il manque le petit plus de quelqu'un, d'un ou deux patients... (...) rencontrer... pouvoir avoir des coordonnées de personnes qui ont eu l'intervention et qui vont pouvoir en parler en tant que patient et non pas en tant que médecin. »*
- *P7 : « Elle faisait des séances de groupes où ils partageaient chacun leur expérience. Ça, ça aurait été intéressant de le faire aussi : avoir le vécu de chacun... »*

V. PARTIE PRATIQUE : DISCUSSION

5.1. Les principaux résultats

La chirurgie bariatrique est un acte thérapeutique invasif, induisant des transformations rapides tant corporelles que psychologiques et nécessitant une discipline pré- et post-opératoire sérieuse (2). Avant une telle intervention entraînant une perte de poids considérable, il me semble indispensable d'être conscient de l'aspect psychique du patient, qui va évoluer face à un corps en changement (13). Le patient va être confronté à une modification de son schéma corporel et à une adaptation de son comportement alimentaire (14).

Ainsi, cette étude a montré les phases émotionnelles que le patient peut ressentir lors de la prise en charge de l'obésité par la chirurgie bariatrique. Présenter les résultats sous forme de courbe temporelle permet de prendre en compte l'évolution et la continuité du vécu des patients. Cette évolution émotionnelle est propre à chaque patient. Certains discours de patients reflètent les quatre phases, d'autres seulement quelques-unes. Par ailleurs, en tant que médecin généraliste, il convient d'être particulièrement vigilant aux points « charnières » qui influencent fortement l'évolution post-opératoire. Les patients dont l'état psychologique est stable avant l'opération semblent accepter davantage l'intervention et les enjeux consécutifs. A l'inverse, cette opération peut s'avérer être un désastre physique et psychologique pouvant mener à une dépression ou à l'alcoolisme (2) (11) (15).

Face à ces multiples ressentis, ne devons-nous pas nous questionner en tant que professionnel de la santé ? Le Dr Vertruyen l'évoque dans l'article du Journal du médecin, intitulé « On joue aux apprentis sorciers » (17). L'organe ciblé lors de l'intervention est-il le bon ? La chirurgie ne tente-t-elle pas de répondre à une souffrance qui nécessiterait une prise en charge plus globale ? La préparation psychologique pré-opératoire est-elle suffisante ? La chirurgie est un acte invasif qui ne peut répondre à toute la souffrance qu'engendre l'obésité ou qui a mené à l'obésité. Les mécanismes psycho-médico-sociaux de l'obésité ont-ils été bien compris ? Cerne-t-on correctement la demande quand le patient sollicite le chirurgien pour une intervention bariatrique ? Le patient est-il conscient des multiples facteurs qui contribuent à l'obésité ?

Quelle que soit la manière dont le parcours bariatrique a été vécu, l'intervention chirurgicale amène un changement qu'il soit corporel ou psychologique. Ce changement doit être considéré, préparé et pris en charge par les soignants.

5.2. Un paradoxe entre une pathologie chronique et une prise en charge urgente

Comme cité précédemment, l'obésité est une maladie chronique et complexe, entraînant des comorbidités importantes. Face à cette pathologie et aux multiples échecs des traitements conservateurs, les patients recherchent souvent une solution immédiate et définitive à leur souffrance tandis que le personnel chirurgical souhaite soulager le plus rapidement leurs patients (13). Mais une intervention de chirurgie bariatrique n'éradique généralement pas la cause de la maladie, souvent liée à un trouble de comportement alimentaire, pouvant être le reflet d'une souffrance psychologique (14). La modification rapide, soudaine et radicale du corps face à une pathologie chronique, sans préparation psychologique au préalable, représente un risque majeur de décompensation future. Il convient d'insister sur la conscientisation du comportement alimentaire avant l'opération et des enjeux consécutifs à l'intervention chirurgicale (13).

Mais le défi de la prise en charge de l'obésité me semble surtout résider dans la notion du temps. Selon moi, cette prise en charge devrait être ancrée dans la temporalité et dans le respect du processus des échéances chronologiques. Or le choix de l'option chirurgicale reflète souvent une saturation et une lassitude du patient face à sa pathologie. Il souhaite rapidement trouver une solution. Ce défi de prendre en charge l'obésité sans avoir recours à la chirurgie bariatrique est immense. Il est influencé par l'aspect psychologique du patient qui est en souffrance physique et morale et qui souhaite une solution rapide. Il est influencé par un système de soins de santé qui n'écoute peut-être pas toujours la souffrance liée à cette obésité ou qui la banalise parfois. Il est influencé par une société de plus en plus dictée par le « tout, tout de suite, maintenant ».

Une piste de solution semble exister dans certains hôpitaux qui ont conçu une clinique dite « de l'obésité » où la prise en charge de l'obésité s'inscrit dans le temps et de façon pluridisciplinaire (21). L'option de la chirurgie devient alors l'ultime recours. Toutefois, ce suivi

qui tente de s'installer dans la temporalité présente une fin. Or l'obésité est une pathologie chronique qui laisse des séquelles physiques, psychologiques et surtout variables selon le patient. Dans ce contexte, comment assurer une qualité de prise en charge de l'obésité durant toute une vie ?

Pour toutes ces raisons, la prise en charge doit surtout s'ancrer dans la conscientisation de la problématique de l'obésité par la société et doit être considérée dès le plus jeune âge. Se concentrer sur la prévention me paraît pertinent afin d'éviter de basculer dans la prise en charge « urgente » de l'obésité par la chirurgie bariatrique. Le médecin généraliste a donc son rôle à jouer.

5.3. La chirurgie bariatrique : un rôle pour le médecin généraliste ?

Selon l'analyse des résultats, les récits des patients décrivent l'implication du médecin généraliste, selon le modèle 1 ou 2, dans leur prise en charge. Mais ces deux modèles présentent des limites pour de multiples raisons.

Premièrement, ces modèles sont des modèles de « crise » c'est-à-dire que le médecin généraliste n'est sollicité que lorsque des souffrances ou des complications surviennent. Or le rôle du médecin généraliste est un rôle qui s'inscrit sur le long terme, un rôle de prévention et d'accompagnement. Il existe donc un décalage entre le rôle même du médecin généraliste et ce qui lui est demandé en post-opératoire, souvent dans l'urgence.

Deuxièmement, le médecin généraliste ne connaît que très peu le parcours qui a conduit à la chirurgie bariatrique. Il peut le deviner mais il n'a souvent pas été impliqué dans la décision ou même dans la réflexion qui a mené à la chirurgie bariatrique.

Troisièmement, il ignore la manière dont le patient a été préparé à l'intervention chirurgicale. Le patient est-il conscient de ses fragilités et des enjeux consécutifs à la chirurgie bariatrique ? A-t-il eu le temps d'établir des ressources de soutien pour la période post-opératoire ? Quelles étaient ses réelles motivations à faire la chirurgie bariatrique ? Enfin, quand le patient consulte en post-opératoire, où en est-il sur la courbe temporelle ? A-t-il déjà quitté la courbe ?

Tout ce raisonnement me pousse à proposer le modèle 3 pour schématiser l'implication idéale du médecin généraliste dans l'accompagnement des patients opérés ou futurs opérés.

Modèle 3 – Le socle

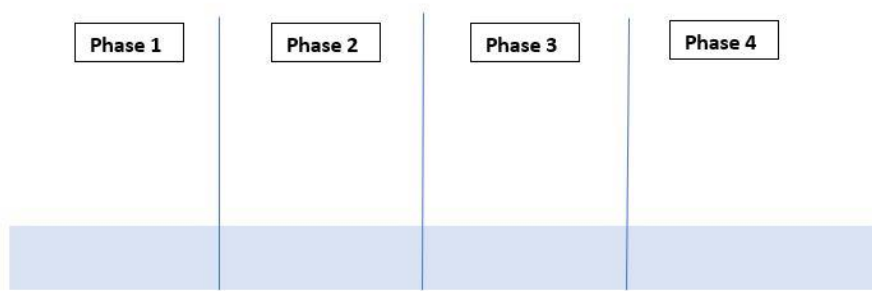


Figure 6. Illustration schématisée du modèle « socle » pour l'implication du MG

Le **modèle 3** schématise un socle. Il suggère une base, un accompagnement sur le long terme, permettant une évaluation régulière du patient (6). L'objectif du médecin généraliste serait d'aborder les enjeux psychiques impliqués dans la prise en charge de l'obésité, notamment ceux liés à la préparation de l'intervention pour que la réussite de la chirurgie bariatrique ne soit pas mise en péril. Compte tenu de la continuité, ce modèle pourrait se diviser en trois parties : avant l'opération, après l'opération et aux moments charnières.

a) Avant l'intervention de chirurgie bariatrique

La préparation à la chirurgie bariatrique implique une préparation fine, tant sur le plan somatique et diététique que sur le plan psychologique. Cette préparation me semble incontournable malgré une notion d'urgence et mérite d'être approfondie. Le suivi médical et diététique étant principalement géré en milieu hospitalier, je pense toutefois que l'implication du médecin généraliste dans la décision pluridisciplinaire est nécessaire. Cela a également été évoqué lors d'une participation à une réunion du KCE sur l'élaboration d'un trajet de soins pour la chirurgie bariatrique (16). Certes, le médecin généraliste ne détient peut-être pas toujours les connaissances théoriques nécessaires pour poser l'indication opératoire, mais son regard sur les dimensions psychosociales du patient est à prendre en compte dans la discussion pluridisciplinaire. Une grande majorité des patients candidats à la chirurgie bariatrique souffrent d'un trouble du comportement alimentaire, masquant souvent une souffrance psychologique, qui n'est pas toujours perçue en milieu hospitalier (13). C'est pourquoi il est intéressant d'intégrer le médecin généraliste au sein des réunions pré-opératoires.

Par ailleurs, en collaboration avec le psychologue, le médecin généraliste pourrait participer à une préparation pré-opératoire questionnant les patients sur les aspects psychiques et diététiques de leur comportement alimentaire. En effet, pour certains patients, le comportement alimentaire reflète la difficulté à assimiler les émotions négatives et devient un moyen de compensation face à une détresse psychologique (14). Les troubles du comportement alimentaire constituent un facteur de mauvais pronostic d'évolution pondérale post-chirurgicale et peuvent compromettre l'efficacité de la chirurgie. Le travail de conscientisation de ces comportements alimentaires contribue à la prise en charge de l'obésité. Ce travail en amont permet d'anticiper les difficultés à venir et de construire les nouvelles ressources nécessaires. L'explication et la compréhension des différents enjeux de la chirurgie qu'ils soient somatiques, diététiques ou psychologiques, permettent aux patients d'affronter cette épreuve de façon plus sereine.

Concrètement, cela pourrait se faire par l'organisation de moments d'échanges d'expériences entre les patients et par le biais de supports explicatifs. En effet, en parallèle au suivi individuel, nous pourrions mettre à profit le délai d'attente pour la chirurgie bariatrique en proposant des fiches ou vidéo-capsules explicatives, comme le suggère l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (20). Cela permettrait d'amorcer une réflexion sur l'alimentation actuelle et d'envisager les changements futurs.

b) Après l'intervention de chirurgie bariatrique

Malheureusement, personne ne peut prédire l'évolution psychique post-opératoire des patients. Une préparation pré-opératoire adéquate et un suivi post-opératoire à long terme permettent d'identifier précocement les signes de fragilité psychologique des patients opérés. De cette façon, le médecin généraliste peut anticiper les rechutes et apporter le soutien approprié en temps voulu. Il a un rôle capital à jouer : donner le temps et la place nécessaires au suivi des patients opérés. Il pourrait alors servir de relais vis-à-vis des professions paramédicales qui accompagnent ces patients (psychologues et diététiciens). Ce relais vers les équipes de psychologues et de diététiciens devrait être remboursé par l'INAMI. Actuellement, le remboursement des séances de suivi psychologique est indépendant de la prise en charge bariatrique. Chaque mutuelle a ses propres règles et cela fait partie de l'assurance complémentaire. En général, les mutuelles interviennent pour 6 séances de suivi

psychologique par an, en raison d'un montant variable (21). Pour maintenir une cohérence dans la prise en charge globale de l'obésité, il faudrait apporter les fonds nécessaires pour rembourser le suivi psychologique et diététique, à long terme, après la prise en charge hospitalière.

c) Etapes charnières

Face à des points charnières comme ceux décrits dans le point « Attention aux marches », il convient d'être particulièrement vigilant pour éviter un glissement vers une évolution défavorable. C'est pourquoi, je propose quatre RED FLAGS qui doivent attirer notre attention lors d'un suivi post-opératoire.

Premièrement, un enthousiasme débordant en péri-opératoire pourrait supposer que l'évolution vers les phases 2 et 3 soit importante et entraîne un retour brutal à la réalité. Les conséquences de la chirurgie bariatrique ont-elles bien été saisies par le patient ? N'idéalise-t-il pas l'acte chirurgical ? Est-il conscient des changements consécutifs ?

Deuxièmement, s'interroger sur la motivation réelle qui a poussé à la chirurgie bariatrique pourrait être pertinent. Est-ce que le patient le fait dans un but totalement médical pour réduire les comorbidités et augmenter la qualité de vie ? Ou est-ce que le patient est plutôt guidé par un objectif esthétique pour correspondre à une norme sociétale ? Sur base des récits de patients, lorsque la motivation était médicale, l'évolution post-opératoire était positive tandis que l'inverse menait souvent à une déception.

Troisièmement, lorsque le patient présente une instabilité psychologique avant l'intervention, il me semble indispensable que le médecin généraliste collabore avec les diététiciens et les psychologues pour créer des ressources autour du patient fragile afin d'aborder les difficultés post-opératoires le plus sereinement possible. S'il y a une tendance à la surconsommation d'alcool ou la prise d'antidépresseurs avant l'intervention chirurgicale, il faudra y être encore plus attentif.

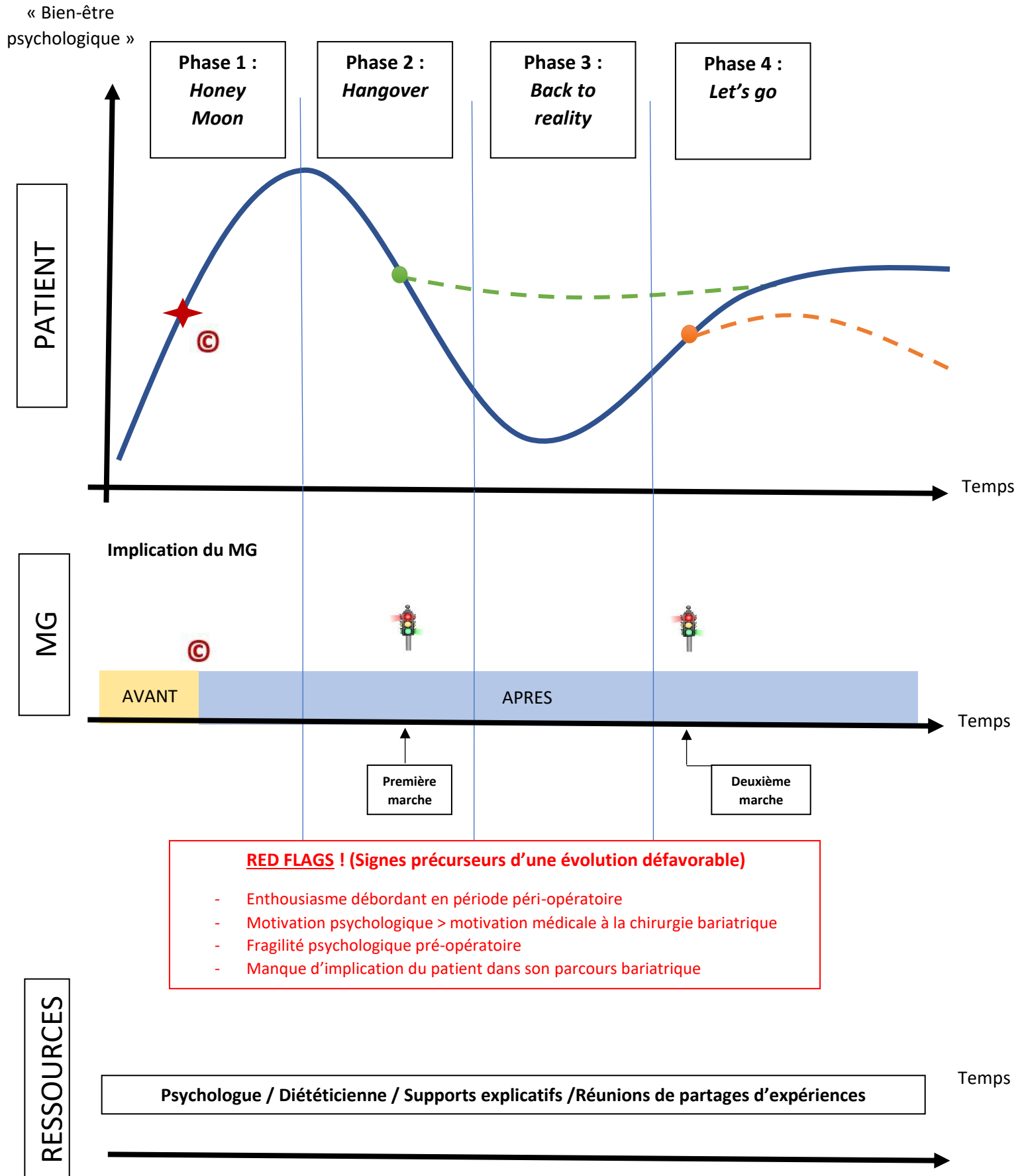
Quatrièmement, l'implication du patient dans le choix de la technique chirurgicale semble avoir une influence dans l'évolution post-opératoire. Cette implication n'influence-t-elle pas

l'acceptation de l'intervention et de ses enjeux ? La chirurgie serait-elle une des spécialités pour laquelle la collaboration avec le patient devrait être plus développée ?

Ces quatre RED FLAGS pourront être détectés à partir du moment où il existe un suivi pré- et post-opératoire soutenu et régulier. En effet, la perte de poids, généralement brutale, peut parfois être douloureusement vécue et être à l'origine d'une décompensation psychologique. L'appel à l'aide doit être entendu, considéré et pris en charge, que ce soit par le médecin généraliste ou les paramédicaux (cfr un soutien psychologique et diététique). Le relais entre les différentes disciplines est important. Cette implication post-opératoire est d'autant plus efficace lorsque la préparation pré-opératoire a été minutieuse, lorsque les ressources ont été construites avant l'opération et lorsque le suivi post-opératoire est régulier. Bien que certains acceptent aisément l'opération, ils méritent un suivi tout aussi régulier pour identifier les signes précoces de décompensation.

Pour toutes ces raisons, le rôle du médecin généraliste est primordial dans la préparation pré-opératoire du patient candidat à la chirurgie bariatrique et dans le suivi post-opératoire. La chirurgie bariatrique impose une modification du comportement alimentaire, expose le patient à certaines complications (11) et induit des carences nutritionnelles. Le médecin généraliste a un rôle de conscientisation face aux troubles du comportement alimentaire dont certains patients souffrent, et face aux enjeux physiques et psychologiques induits par l'intervention. Par ce travail, le médecin généraliste incite les patients à développer de nouvelles ressources pour gérer leurs émotions et à déconstruire les éventuelles attentes magiques qui sont fréquemment associées à cette chirurgie. Le médecin généraliste veillera également aux complications à court et long-terme et au suivi médical (6). Pourquoi ne pas envisager un code INAMI pour les médecins généralistes impliqués dans le processus décisionnel et dans l'accompagnement de ces patients ? Ce serait une façon de valoriser l'investissement et le temps accordés par le médecin généraliste dans la qualité de suivi d'un patient candidat à la chirurgie bariatrique.

5.4. Schématisation globale d'un parcours bariatrique et du rôle du MG



5.5. Les limites et biais

Pour évaluer la qualité de la recherche, je me suis basée sur les critères d'analyse de la qualité d'études qualitatives, proposés dans l'article de Mays and Pope (22).

« Triangulation »	Dans cette étude, trois approches ont été utilisées : une revue de la littérature, un entretien compréhensif auprès de sept patients, un entretien au près d'un médecin généraliste travaillant au sein de la clinique de l'obésité (21) et une participation à une réunion du KCE sur la chirurgie bariatrique (16).
« Member Checking »	J'ai proposé à tous les participants de leur faire parvenir la retranscription de leur entretien et j'ai fait parvenir les résultats de l'étude à ceux qui ont manifesté un intérêt.
« Clear exposition of methods of data collection and analysis »	Les différentes étapes de l'échantillonnage, du recrutement et des entretiens ainsi que la méthode d'analyse du contenu des entretiens ont été développés dans la partie méthodologie du travail.
« Reflexivity »	En tant qu'assistante en médecine générale, j'ai été interpellée par l'expérience des patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique. L'une de mes motivations à réaliser cette recherche est de nuancer un a priori négatif sur cette prise en charge de l'obésité. Consciente de ce biais, j'ai tout fait pour être la plus objective possible.
« Attention to negative cases »	Dans l'analyse des données, j'ai pris en compte les ressentis divergents par rapport à ceux exprimés par la majorité.
« Fair dealing »	Différentes perspectives ont été exposées dans la discussion des résultats.
« Revelance »	L'obésité est une problématique fréquente. La chirurgie bariatrique est en pleine extension. Le vécu des patients face à cette intervention chirurgicale est peu connu. Les médecins généralistes ont un rôle à jouer dans cette prise en charge.

Tableau 3. Critères d'analyse de la qualité d'études qualitatives par Mays and Pope (22).

A ces critères d'analyse peuvent s'ajouter d'autres limites. Le fait d'interroger des patients n'appartenant pas à la patientèle de la Maison Médicale où je travaille peut constituer à la fois une force et une faiblesse. Il peut s'agir d'une force par le fait qu'il n'y avait pas de lien thérapeutique avec les patients interviewés. Ceci a probablement permis aux patients de s'exprimer plus librement, sans influence du lien soignant-soigné. Mais il peut s'agir aussi d'une faiblesse par le fait que la mise en confiance a peut-être été un frein à l'expression de leur vécu.

Par ailleurs, l'a priori négatif que j'avais concernant cette prise en charge était conscient. Cette subjectivité étant connue, j'ai tout fait pour l'éviter. En effet, j'ai confronté mon analyse à la littérature et aux remarques de ma co-promotrice, une chercheuse plus expérimentée en

recherche qualitative. Les catégories et la structure de la rédaction ont donc été réfléchies à deux. Ceci contribue à la qualité de la recherche.

Afin d'enrichir davantage ce travail, il serait intéressant de recueillir l'avis des médecins généralistes, des spécialistes et des paramédicaux (les psychologues et les diététiciens) et de mettre en pratique les suggestions d'accompagnement proposées afin d'observer leur faisabilité en pratique.

VI. CONCLUSION

Prévenir l'obésité et accompagner les patients obèses est un enjeu sociétal majeur. Les données épidémiologiques sont sans équivoque, nous allons être de plus en plus confrontés à une population qui aura recours à la chirurgie bariatrique. Celle-ci n'a plus à démontrer son efficacité, tant sur la perte pondérale que sur la diminution des comorbidités associées.

Cependant, une telle intervention bouleverse une vie. Quiconque l'envisage doit être conscient des enjeux et des changements qu'elle va apporter dans le quotidien et le suivi médical qu'elle exige à long terme. Toutes ces modifications tant corporelles que psychologiques constitueront un défi permanent pour le reste d'une vie. Le médecin généraliste a donc un rôle à jouer pour l'accompagnement de ces patients en changement, un accompagnement ancré dans le temps. Mais ne serait-il pas plus judicieux de s'investir davantage dans la prévention de l'obésité plutôt que dans sa prise en charge ?

A titre personnel, ce travail de fin d'études m'a permis de découvrir la recherche qualitative et d'aboutir à une réflexion construite face à une problématique fréquente en médecine générale. Plus encore, ce travail m'a invitée à me questionner sur la pratique du médecin généraliste dans sa globalité et la collaboration entre celui-ci et les médecins spécialistes. Le fruit de ce travail m'aidera dans ma pratique médicale à aborder de façon holistique chaque patient en intégrant son vécu à sa prise en charge quelle que soit sa pathologie.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) OMS. **Obésité et surpoids**. [page web]. 2019. Disponible sur :
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
(consulté en juillet 2019)
- (2) KCE. **Bariatric surgery: an hta report on the efficacy, safety and cost-effectiveness**. [page web]. 2019. Disponible sur :
https://www.kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/2nd_publication_KCE316_Bariatric_surgery_Report_0.pdf (consulté en juillet 2019)
- (3) Société Scientifique de Médecine Générale. **Obésité et nutrition**. [page web]. 2019. Disponible sur :
https://www.ssmg.be/avada_portfolio/obesite-et-nutrition/ (consulté en août 2019)
- (4) Heymsfield S, M.D et al. **Mechanisms, pathophysiology and management of obesity**. N Engl J Med, 2017, 376(15): 1492. DOI: 10.1056/NEJMra1514009.
- (5) KCE. **La chirurgie de l'obésité : est-elle aussi sûre et efficace pour les adolescents ?** [page web]. 2019. Disponible sur :
<https://kce.fgov.be/fr/chirurgie-de-l'obésité-est-elle-aussi-sûre-et-efficace-pour-les-adolescents> (consulté en septembre 2019)
- (6) Navez B, Thissen J-P. **Chirurgie bariatrique : le suivi en médecine générale**. Louvain médical, 2018.
- (7) Jarlborg P, Megevand J-M, Pralong F, Heinicke J-M. **Chirurgie bariatrique: sleeve gastrectomie ou bypass gastrique, comment choisir?** Rev Med Suisse, 2019, 15 : 618-21.
- (8) Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, et al. **Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects**. N Engl J Med, 2007, 357(8) : 741-52. DOI : 10.1056/NEJMoa066254.
- (9) Zhou X, Yu J, Li L, Gloy VL, Nordmann A, Tiboni M, et al. **Effects of Bariatric Surgery on Mortality, Cardiovascular Events, and Cancer Outcomes in Obese Patients: Systematic Review and Meta-analysis**. Obes Surg. 2016, 26(11) : 2590-601. DOI : 10.1007/s11695-016-2144-x.

- (10) Chang W, Rixing B, Wenmao Y, et al. **Clinical outcomes of one anastomosis gastric bypass versus sleeve gastrectomy for morbid obesity.** *Obes surg.* IFS, 2019.
DOI : 10.1007/s11695-019-04303-7.
- (11) Mantziari S, Duvoisin C, Demartines N, et al. **Complications fonctionnelles et chirurgicales après chirurgie bariatrique pour obésité sévère.** *Rev Med Suisse*, 2019, 15 : 622-5.
- (12) Lynch A, PhD, McGowan E, et al. **Take me through the history of your weight: using qualitative interviews to create personalized weight trajectories to understand the development of obesity in patients preparing for bariatric surgery.** *Journal of the Academy of nutrition and dietetics*, 2018. DOI: 10.1016/j.jand.2017.12.008.
- (13) Corminboeuf Y, Rieben I, Gebhard S, et al. **Préparation à la chirurgie bariatrique : lorsque prendre du temps n'est pas en perdre.** *Rev Med Suisse*, 2017, 13 : 650-4.
- (14) Boulanouar L., Locatelli L., al. **Troubles du comportement alimentaire, addiction à la nourriture et chirurgie bariatrique.** *Rev Med Suisse*, 2017, 13 : 647-9.
- (15) Ferrario C, Pralong F, Daepfen J-B, Favre L. **Chirurgie et risque accru de dépendance à l'alcool.** *Rev Med Suisse*, 2016, 12 : 602-5.
- (16) KCE. **Organisation et financement d'un trajet de soins bariatriques optimal.**
[présence à la réunion de projet]. 17 février 2020.
- (17) De Pape N. **Bypass, sleeve... : « On joue aux apprentis sorciers ».** *Journal du Médecin*, février 2020.
- (18) Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M, **Les recherches qualitatives en santé.** France, Editions Armand Colin, 2016, p.171-182.
- (19) de Rouffignac S. **Analyse qualitative.** Bruxelles, Séminaire organisé par le CAMG, avril 2019 et février 2020.
- (20) Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec. **Obésité.** [page web].
Disponible sur : <https://iucpq.qc.ca/fr/soins-et-services/axes/obesite> (consulté en mars 2020)
- (21) Clinique de l'obésité -Grand hôpital de Charleroi. **Interview concernant la prise en charge de l'obésité avec un médecin généraliste nutritionniste et une psychologue.** Charleroi, novembre 2019.
- (22) Mays N. and Pope C. **Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research.** *BMJ*, 2000, Vol 320.

Annexes

Annexe 1 – Avis du comité d'éthique

FORMULATION de l'AVIS DU CEHF
Cocher la ou les case(s) correspondante(s).

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | étude rétrospective |
| <input type="checkbox"/> | étude sur matériel corporel humain résiduel |
| <input type="checkbox"/> | mémoire non interventionnel |
| <input checked="" type="checkbox"/> | mémoire interventionnel consistant uniquement en un questionnaire ou une enquête hors routine |

Titre de l'étude : « Comment le vécu des patients ayant eu recours à la chirurgie bariatrique peut-il éclairer la pratique médicale ? »

Bronchain Charline (nom, prénom) soumet pour approbation les documents ou demande repris ci-dessous (*indiquer les versions et les dates*):

- X Document d'information et de consentement patient, Version 2 dd. Octobre 2019, reçu le 12/10/2019
- X Résumé de l'étude, Version 1
- X Protocole, Version 1 dd. Octobre 2019, reçu le 12/10/2019
- X CV de l'étudiant
- X CV du promoteur de mémoire – investigateur principal
- X L'assurance en responsabilité civile "même sans faute" (art. 29 de la loi du 7/05/2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine) sera contractée auprès du service des Assurances de l'UCL
- X Autre(s): Formulaire de soumission simplifié dd. Juillet 2019 reçu le 12/10/2019

A compléter par le CEHF

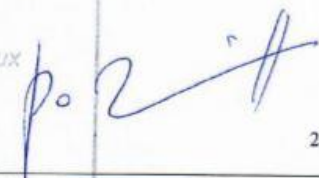
Le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL a bien reçu, examiné l'ensemble des documents relatifs au projet de recherche susmentionné.

L'avis du CEHF est :

- X **favorable: le projet peut être initié**

Référence du CEHF: ...2019/03SEP/383.... (*à mentionner lors de toute correspondance ultérieure*)

N° d'enregistrement belge:B403201941533.....

Date et signature: Professeur J.M. MALOTEAUX Président CEHF	
Comité d'Ethique UCL - SAINT-LUC Professeur J.M. MALOTEAUX Président,	
	22.10.2019

Annexe 2 - Guide d'entretien

Thèmes	Questions	Sous-questions
Obésité	<p>Comment définissez-vous l'obésité ?</p> <p>Qu'est-ce que ça signifie être obèse selon vous ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce qui influence le poids selon vous ? - Votre médecin traitant en a-t-il déjà discuté avec vous ? - Avez-vous déjà abordé la question auprès de votre médecin traitant ? - Le poids a-t-il des répercussions sur la santé selon vous ? Vous en a-t-on déjà parlé ?
Chirurgie bariatrique	<p>Pouvez-vous me raconter votre parcours concernant la chirurgie bariatrique ? Votre expérience ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissez-vous les critères pour accéder à la chirurgie bariatrique ? - Votre médecin traitant vous a-t-il adressé à un chirurgien ou vous êtes-vous présenté spontanément chez le chirurgien ? - Vous êtes-vous senti soutenu ? Avez-vous reçu toutes les informations nécessaires quant aux différents types de chirurgies ?
Prise en charge pré-opératoire	<p>Quand on lit la littérature scientifique, les recommandations disent que, pour que la chirurgie ait lieu, il faut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au moins un an de régime sans succès - Une consultation pluridisciplinaire comprenant un médecin interniste (endocrinologue) + psychologue ou psychiatre - Une consultation avec le chirurgien <p>Qu'en pensez-vous ? comment s'est déroulé votre parcours avant l'opération ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Votre médecin traitant a-t-il participé au processus pré-opératoire ? auriez-vous souhaité qu'il prenne plus part ? - Vous êtes-vous senti soutenu ? Accompagné ? - L'explication des complications liées à la chirurgie bariatrique vous a-t-elle été donnée ?
Prise en charge post-opératoire	<p>La littérature exprime que ce genre de chirurgie demande une grande discipline de la part des patients quant au régime à suivre, au mode de vie à avoir (exercice physique, etc.), aux suppléments alimentaires à prendre, aux RDV médicaux à suivre....</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'en a-t-il été pour vous ? - Quel est votre parcours après la chirurgie ? Racontez-moi comment cela s'est-il passé ? qu'est-ce qui a changé ? - Vous êtes-vous senti encadré ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Etes-vous satisfait de la prise en charge par chirurgie bariatrique ? Le recommanderiez-vous ? - Vous sentez-vous accompagné après la chirurgie ? - Avez-vous eu des effets secondaires ? reflux ? calculs biliaires ? Carence vitaminique ? fatigue ? - Le surpoids et le bien-être psychologique (moral) s'influence souvent l'un l'autre ? Avez-vous ressenti une amélioration de votre moral ? Vous sentez-vous mieux ?
Perspectives	<p>Le KCE évoque la volonté d'élargir la chirurgie bariatrique à un plus grand nombre :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pensez-vous que c'est une bonne idée ? <p>L'obésité est une problématique sociétale :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pensez-vous que la chirurgie bariatrique est suffisante ? -Avez-vous des idées pour lutter contre l'obésité ? -qu'est-ce que vous souhaiteriez changer ? 	

Annexe 3 - Retranscription de l'entretien avec le septième patient

CB: N'hésitez pas à m'interrompre ou à poser des questions ou encore à refuser de répondre à certaines questions durant l'interview si vous le souhaitez. Vous êtes tout à fait libre. Le but est simplement d'avoir votre ressenti par rapport au parcours que vous avez eu.

Patiente 7: Oui, d'accord.

CB: On va commencer par des questions un peu plus larges... pour vous, le mot surpoids ou obésité, ça vous évoque quoi?

Patiente 7: Toute ma vie, oui, toute ma vie jusqu'à l'opération...

CB: Vous pouvez expliquer un petit peu ce que vous entendez par toute votre vie?

Patiente 7: Beh depuis que j'ai l'âge de 7ans, je suis en surpoids. Donc j'ai dû l'accepter (rires, un peu gênée), ce surpoids et vivre avec. Je ne vivais pas mal avec, j'avais fini par l'accepter et me sentir bien dans ma peau. Mais ça été à l'école, des critiques de camarades, ils étaient méchants, même en secondaire. Et c'est seulement après, aux études supérieurs, que ça a commencé à aller mieux. Seulement le surpoids, beh voilà, ce que ça voulait dire, ça voulait dire des problèmes de diabète, des problèmes de tension, des problèmes de cholestérol, des problèmes d'essoufflement, des problèmes pour s'habiller. Fin maintenant, ça va beaucoup mieux. Quand j'étais plus jeune, c'était des problèmes de mode... des problèmes pour rencontrer des gens aussi, c'était une barrière et euh... pour rencontrer des hommes.

CB: Et le poids a été influencé par quoi selon vous?

Patiente 7: C'est-à-dire?

CB: Excusez-moi, je me suis mal exprimée... De manière générale, le poids peut être influencé par quels éléments?

Patiente 7: Mauvaise alimentation et un manque d'exercice...

CB: C'est ce que vous retrouviez chez vous?

Patiente 7: Oui, oui c'était vraiment... Je mangeais de tout et n'importe quoi à n'importe quelle heure.

CB: Et vous avez des frères et soeurs?

Patiente 7: Non, je suis fille unique. Mais mes grands-parents étaient forts de chaque côté. Et mes parents se portent bien.

CB: Donc si je comprends bien, il y a eu une période de votre vie où vous vous acceptiez avec votre poids et puis il y a eu une période consacrée à la chirurgie bariatrique... est-ce que vous pouvez expliquer votre parcours?

Patiente 7: Beh en fait, depuis qu'on en a parlé, parce que on en parle depuis plusieurs années, j'étais contre parce que comme j'ai fini par m'accepter, je disais toujours "bah non, parce qu'on est comme on est et j'aimerais qu'on m'accepte telle je suis". D'accord? Mais puis, un jour avec le diabète, je suis montée à l'insuline, je suis passée à l'insuline. Donc là à un moment, il faut dire stop aussi. Je suis allée voir donc un... J'étais suivie par un endocrinologue, un diabétologue et euh.. lui m'a dit "Voilà, si vous perdez du poids, le diabète peut... disparaître en fait". Il me l'a vendue comme ça en fait l'opération. Il m'a dit avec l'opération, vous n'aurez plus de diabète.

CB: Donc c'est l'endocrinologue qui vous a mis la puce à l'oreille par rapport à cette opération?

Patiente 7: Voilà, il m'a vendu du rêve en fait, je crois. Parce que je l'ai pris comme ça, parce que moi je n'ai pas bien vécu l'opération. Donc il m'a vendu du rêve en me disant opération, perte de poids, plus de diabète donc plus d'insuline, plus de médicaments, plus rien...

CB: Quand vous dites "on" a commencé à l'évoquer? C'était votre médecin traitant ou l'endocrinologue?

Patiente 7: Oui, mon médecin traitant, il m'en avait déjà parlé un peu..

CB: Par rapport à la perte de poids?

Patiente 7: Voilà, par rapport à la perte de poids, mais bon je n'avais jamais soulevé la question comme je lui avais dit que je ne suis pas intéressée par une chirurgie pour... pour ça...

CB: Donc votre médecin traitant vous l'avait évoqué?

Patiente 7: Oui oui oui, il me l'avait évoqué. Il a fait des petits dessins pour m'expliquer ce que ce serait.

CB: Donc la question du poids a été évoquée par votre médecin traitant si je comprends bien?

Patiente 7: Oh oui oui, ça a toujours été évoqué. Il n'y a pas de soucis.

CB: Et vous l'avez vécu comment le fait qu'il vous évoquait toujours ce poids?

Patiente 7: Il ne... il me... Je ne me sentais pas attaquée par ses questions. Voilà. Maintenant, il me dit "bah oui, tu as du cholestérol, t'as du diabète, ce qui serait bien, c'est de perdre un peu de poids, tu te sentirais mieux". Voilà. Ce n'était pas du harcèlement..

CB: Je me doute... C'est vrai qu'il y a des médecins généralistes qui évoquent le poids et d'autres pas, donc je me demandais un petit peu si dans votre cas, ça avait été évoqué en médecine générale... C'est donc l'endocrinologue, qui, dans un suivi de diabète, vous a évoqué le poids et l'opération... Ce n'est pas vous qui êtes venue avec le sujet?

Patiente 7: Non non, je ne suis pas venue avec. C'est lui qui me l'a vendu (rire).

CB: A partir de ce moment là, comment s'est passé la suite?

Patiente 7: Et bien, j'ai réfléchi. Comme j'étais emballée, j'ai pris RDV avec une coordinatrice à St Joseph. Voilà. Et après, la coordinatrice m'a donné plusieurs RDV... Chez un psychologue, un... un... une diététicienne et... Je ne sais plus...

CB: Un cardiologue?

Patiente 7: Non, je n'ai pas eu de cardiologue... pas... pas... Le cardiologue, c'est une fois qu'on a pris la décision d'opérer... Beh avec le chirurgien...

CB: La coordinatrice vous a orientée vers la psychologue, la diététicienne et le chirurgien?

Patiente 7: Voilà, c'est ça. Ça date il y a 5 ans donc j'ai des petits trous (rires).

CB: Une fois que vous avez vu la coordinatrice, vous avez rencontré ces 3 personnes là... Comment ça s'est passé?

Patiente 7: Avec ces 3 personnes-là?

CB: Oui, comment ça s'est passé?

Patiente 7: Donc j'ai vu... le psychologue. Donc ça a duré 20 minutes. Et il m'a juste expliqué, sur 20 minutes. Il m'a demandé pourquoi je le faisais. Donc je lui ai expliqué ce que je vous ai expliqué à vous. Et ce qui allait m'arriver. Tout ce qu'on m'a dit "voilà après l'opération, vous ne saurez plus qu'avaler le contenu d'un gobelet". Il avait un gobelet avec lui (me montre la taille) et c'est tout voilà. Mes antécédents.... Ça, il m'a demandé pourquoi je le faisais. Ça n'a vraiment duré que 20 minutes donc... il n'a pas essayé... pas de me dissuader mais d'approfondir les choses, même... ou de m'expliquer un petit peu ce qu'on pouvait avoir après, comme...

CB: Vous aviez l'impression qu'il y avait plus de questions à creuser?

Patiente 7: Oui oui, je pense qu'il y avait plus de questions et surtout plus d'informations à donner, oui.

CB: Et quels types d'informations par exemple?

Patiente 7: Et bien par exemple euh... après que j'allais peut-être avoir une image de moi qui allait changer, mon regard... le regard des autres sur moi... mon corps qui allait changer... Tout ça, je ne m'y attendais pas donc je n'ai pas été informée de tous ces changements. Et peut-être faire un travail aussi sur la privation d'aliments, parce que ça, on n'en parle pas. On vous dit "voilà, vous saurez manger ça" mais on ne vous explique pas que vous allez devoir dire non à beaucoup de choses par après, après l'opération. Ca, on ne m'avait pas prévenue. Oui, on m'avait dit le premier mois, c'est liquide, haché et puis on remange petit à petit. Ca, on me l'avait dit. Mais je ne m'attendais à de telles conséquences. On ne m'a jamais demandé par

exemple, vous aimez bien aller au restaurant? Est-ce que ça... parce que ça, ça va changer. On ne va plus au restaurant, ou si vous y allez, vous pouvez manger (montre un tout petit morceau). Des choses ainsi, qu'on ne m'a pas prévenue... Il n'y a pas eu un bon travail psychologique avant...

CB: La diététicienne, vous l'avez rencontrée? Ça été aussi...

Patiente 7: Oui, rapide... 20 minutes... 20 minutes, elle m'a remis un paquet de feuilles avec euh... en disant voilà après l'opération... Elle m'a pesée hein. Elle m'a demandé ce que je voudrais bien perdre etc, ça! ils me l'ont tous demandé... ça... Combien je voudrais perdre... et euh... elle m'a remis des fiches avec voilà, la première semaine, tu peux manger comme ça, la deuxième semaine un peu plus bouillie je vais dire, 3-4 semaines. Et après 4 semaines, remanger des petits morceaux. Elle m'avait fait euh.. des menus genre des soupes euh..., des milkshakes, elle m'avait fait des recettes de milkshakes, mais c'est tout. Voilà, j'ai eu ça. Et elle me dit "on se revoit après l'opération". Et effectivement, je l'ai revue après l'opération. Elle est revenue le lendemain dans ma chambre... 10 minutes, me demander comment je me sentais, si j'avais bien reçu les feuilles et puis je ne l'ai plus vue. Je n'ai plus vu de diététicienne.

CB: Oui, on reviendra par après à la période post-opératoire.. ici, on essaie de se concentrer sur la période avant l'opération... Comment ça s'est passé avec l'entretien avec le chirurgien?

Patiente 7: Le chirurgien, lui, il était euh... pfff comme une routine en fait. Il m'a expliqué, il m'avait un dessin, il m'a dit "voilà et je sais t'opérer tel jour". Euh... J'ai du faire une gastro avant, évidemment, et un électrocardiogramme, plus les examens habituels...

CB: Et le choix du type de chirurgie, le bypass ou la sleeve, dans votre cas, ça été la sleeve? il y a 5 ans... Donc en 2014...

Patiente 7: 2015, oui.

CB: Il vous a expliqué les différents choix ou il vous a...

Patiente 7: Il m'a dit que, lui, il n'était pas pour le bypass. C'était trop euh... trop... trop difficile en fait... à gérer par après. Donc il m'a dit "moi je fais la sleeve, je préfère commencer par la sleeve et si ça ne fonctionne pas, que vous n'avez pas le résultat attendu, à ce moment là, on passera au bypass".

CB: Et vous avez l'impression qu'au niveau chirurgical, vous avez eu les informations suffisantes ou pas?

Patiente 7: A part me montrer le dessin, avec l'estomac coupé et les agraffes. Un petit film que j'ai vu, qui a duré quelques minutes sur l'opération. Boh je pense qu'il n'y avait pas grand chose d'autre à dire au niveau chirurgical en fait.

CB: Vous avez pu poser vos questions? Vos doutes? Il y avait cet espace pour exprimer vos questions?

Patiente 7: Mais je n'avais pas de questions parce que... Je ne me projettais pas, à mon avis, je ne me projettais pas assez... Pour moi, j'allais être opérée. Bah je n'allais plus que manger des petites quantités et voilà. Il n'y... pour moi, il n'y avait pas de questions à poser. Et pour la chirurgie bah.... C'est une chirurgie...

CB: Vous faisiez confiance...

Patiente 7: Oui, voilà. (silence) J'ai été un peu naïve aussi, j'avoue que...

CB: Vous voulez dire quoi par là?

Patiente 7: Justement, que je ne me suis pas posé assez de questions....

CB: Il y a donc eu l'opération, vous avez été hospitalisée... Comment ça s'est passé par après? Le parcours post-opératoire s'est déroulé comment? Vous dites que vous n'avez vu qu'une fois la psychologue, vous l'avez revu par après?

Patiente 7: Non, jamais. (petit sourire)

CB: Et ce n'était pas proposé dans le parcours post-opératoire?

Patiente 7: Non (rire).

CB: Cela ne vous a pas été imposé? Ils ne vous donnent pas la possibilité de recontacter la psychologue?

Patiente 7: De moi-même oui. Voilà, de moi-même. Mais j'avais tellement eu un... allez... Un mauvais ressenti envers la première expérience que j'avais eue avec le psychologue et ses 20 minutes et son gobelet, que je n'avais pas envie de retourner de moi-même. Si j'avais été obligée, j'y serai allée. Mais euh... de moi-même non.

CB: Et vous avez essayé d'être en contact avec un autre psychologue?

Patiente 7: Oui. Parce qu'à un certain moment, je n'allais pas bien après l'opération. Donc j'ai maigri vite. J'ai perdu sur à peine 6 mois mes 50kg donc j'ai maigri vite. Ça aussi, on n'est pas prêt. Et là, j'ai commencé à avoir une mauvaise image de moi, donc j'avais des peaux qui pendaient. Je n'avais jamais eu un corps de rêve mais là, c'était vraiment... je me mettais en maillot de bain avec mes 130kg, que je ne me mets plus maintenant avec mes 80. Voilà... je ne sais plus où j'en étais....

CB: Par rapport à un autre psychologue...

Patiente 7: Ah oui voilà. En fait, j'ai eu des maux d'estomac. J'avais mal à l'estomac tout le temps... sauf quand je mangeais. Quand je mangeais, ça allait mieux. Alors on a refait des radios... J'ai été voir le Dr S*** qui m'a envoyée...

CB: C'est dans un autre hôpital ça?

Patiente 7: Oui, je suis allée autre part parce que je n'avais plus confiance où ce que j'étais. Donc j'ai vu d'abord mon médecin traitant qui m'a fait faire des examens... Une gastro, il n'y avait rien, une... On a fait une radio de contraste je ne sais pas comment.. avec du liquide. Il n'y avait rien... On m'a même fait... Donc j'étais au centre mieux être à Gosselies, et là, j'ai vu la coordinatrice avec qui j'ai parlé, qui était ouverte, des psychologues chez qui je suis retournée plusieurs fois et qui étaient ouvertes, et une diététicienne qui était ouverte aussi et que j'ai revu plusieurs fois. Donc... (semble stressée) parce qu'à un moment, on a cru que ça venait de ma tête, que je n'avais pas accepté l'opération et que ces maux d'estomac étaient psychologiques. Et en fait, pour finir, j'ai quand même été revoir le Dr S*** qui euh..., après les examens, m'a dit "écoutez, on ne voit rien, ce qui a de mieux à faire, c'est une laparo et aller voir s'il n'y a rien". Et effectivement, elle l'a fait et là, j'avais mon intestin qui était collé à mon estomac, une euh.... Adhérence? Oui une adhérence. Une adhérence et c'est ça qui tirait sur mon estomac quand il était vide, sur le petit bout de l'estomac et c'est ça qui faisait mal. Mais c'est vrai que depuis que j'ai été opérée... Ca ne tire plus. Mais il a fallu deux ans hein avant de trouver. (sourire)

CB: Donc ça, c'était plutôt l'après... vous disiez qu'au niveau psychologique, vous aviez ressollicité un psychologue parce qu'il y avait ces douleurs-là....

Patiente 7: Bah oui, parce que pour finir, même moi, je me disais "écoute, c'est psychologique (rire). Si tu n'as pas accepté l'opération, tu n'as pas accepté les changements, peut-être que ça vient de là..." C'est possible hein mais...

CB: Et l'acceptation du corps s'est faite progressivement avec le suivi du psychologue?

Patiente 7: Non. Elle s'est faite le jour où j'ai retiré les peaux de mon ventre. Oui. Il a fallu ça pour que j'encaisse tout, tout le reste.

CB: Et le psychologue faisait partie de la clinique de l'obésité ou il était extérieur?

Patiente 7: Non de la clinique mieux être de l'obésité.

CB: à Gosselies alors. Donc il y a eu l'opération il y a 5ans et puis deux ans après, vous avez été à Gosselies alors?

Patiente 7: Non, 6 mois – 1 an après, j'y suis allée pour voir ce qui se passait réellement. Je crois même que c'est plutôt 6 mois que 1an. Et euh... là ça a duré quand même quelques mois avant qu'on réopère.

CB: Et les 6 mois entre l'opération et la venue au centre mieux être, qu'est-ce qui vous a poussé à y aller ? les douleurs?

Patiente 7: Oui c'était les douleurs...

CB: Et pendant cette période là, il y a eu la perte de poids de 50kg, est-ce que vous pouvez expliquer un peu le suivi pendant ces 6mois ? Par le psy? Le chirurgien?

Patiente 7: le chirurgien a juste regardé ma plaie...

CB: Oui, vous ne l'avez pas revu par après?

Patiente 7: Juste pour regarder mes plaies, un mois après, c'est tout...

CB: Et à 3 mois?

Patiente 7: ?on, je ne l'ai pas revu à 3 mois.

CB: On ne vous a pas redonné RDV?

Patiente 7: Non.

CB: Et au niveau de la diététicienne, vous l'avez revue aussi après?

Patiente 7: Non non, juste ¼ d'heure euh...

CB: Avant?

Patiente 7: Non non après l'opération, après l'opération. Le lendemain après l'opération, elle est passée. Et euh... elle m'a demandé si j'avais bien eu les papiers, si j'avais des questions. J'étais encore dans le gaz... ah! et parce que en plus, j'ai eu une hémorragie donc j'ai du retourner au bloc le surlendemain de l'opération. Donc je vais dire que ça été lourd comme hospitalisation...

CB: Et la reprise alimentaire après l'opération s'est fait comment?

Patiente 7: Petit à petit, ça ça... Je vais dire... Allez, point de vue manger, bah voilà, c'était difficile parce que au début c'était liquide, donc de la soupe ou du yaourth, tout ce qui était liquide. Puis quand c'était haché, c'était un peu plus bizarre parce que manger de la viande hachée émietée euh... de la purée, c'est pas très apaisant. Et puis remanger petit à petit et bien mâcher, ça ça été un peu plus dur parce qu'il y a des aliments qui ne passaient plus, genre les pâtes et les haricots verts, ça ne passait plus.

CB: Et vous aviez une sensation de satiété qui était plus rapide? Comment vous vous sentiez? C'était imposé par votre corps ou vous respectiez le programme alimentaire de la diététicienne?

Patiente 7: Non, j'ai écouté mon corps. Mais au début, ça été très difficile parce que quand c'est trop plein, des fois, on ne le sent pas tout de suite. Et après... On vomit. Donc les premiers mois, j'ai beaucoup beaucoup vomi. Le temps que je trouve euh...

CB: Jusqu'où vous pouviez manger...

Patiente 7: Voilà, après j'ai repéré les signes qui disent "maintenant STOP" mais au début, je ne les repérais pas.

CB: Vous parveniez à en discuter avec votre médecin traitant ou quelqu'un d'autre?

Patiente 7: La psychologue du centre mieux être quand j'y suis allée mais avant ça....? et avec une amie.

CB: Donc il y a une réalimentation progressive en apprenant à écouter votre corps... vous avez dû mettre certains aliments de côté et puis vous avez du gérer ces douleurs... qui se sont installées...

Patiente 7: Tout de suite, tout de suite après l'opération.

CB: Je peux imaginer qu'il pouvait y avoir une usure physique et morale...

Patiente 7: Oh oui! J'étais à bout moralement et à bout physiquement hein... J'en pouvais plus! D'ailleurs, quand je devenais toute pâle, je mangeais un biscuit pour essayer que ça passe parce que je ne savais pas ce que j'avais mais je savais que quand je mangeais, ça passait.

CB: Donc vous disiez que vous aviez mal au ventre sauf vous mangiez, ça vous poussait donc à manger si je comprends bien?

Patiente 7: Oui, ça me poussait à manger.

CB: Il y a eu une phase de perte de poids et puis ça s'est stabilisé mais il n'y a pas eu de gain de poids?

Patiente 7: Ah non, je n'ai jamais repris de poids. À part ici, aux fêtes, j'ai pris deux kilos. Mais... (rires)

CB: Comme la majorité d'entre nous (sourire)

Patiente 7: Voilà, je vais essayer de les reperdre comme je peux mais je suis gourmande donc euh... (sourire). Mais euh... non je n'ai jamais repris de poids. J'ai vraiment perdu les 50kg sur 6mois et après les 6mois, j'ai été stable euh.... Jusque maintenant. Donc prise de poids non et donc euh.. je mangeais des.... Un biscuit, allez, je mangeais peut-être un petit beurre quoi... toutes les deux heures... toutes les heures, il fallait que je mange, un petit beurre ou quelque chose pour dire que....

CB: Et c'est encore le cas maintenant?

Patiente 7: Non, maintenant je n'ai plus de douleur hein...

CB: Non mais je veux dire est-ce que cette envie de manger toutes les deux heures est toujours là?

Patiente 7: Non mais je me l'impose à moi-même parce que comme je fais beaucoup de carences... je fais des carences en.... Aller hein le sang... en fer.... De l'anémie? Oui je fais de

l'anémie voilà (sourire). Et donc je m'impose déjà de manger de la viande. J'ai retiré tout ce qui était féculent de mon assiette déjà parce que c'est ce que je préférais donc euh... Je me suis dit que je vais me concentrer sur les légumes... et les.... Et les.... Pffff la viande...

CB: Ca va? À votre aise...

Patiente 7: Oui ça va. C'est parce que je ne trouve pas mes mots (rire).

CB: A votre aise, on n'est pas pressé, on a tout le temps...

Patiente 7: Et alors euh.... Les produits laitiers et les fruits. Donc euh... aller, par exemple, maintenant, depuis que j'ai été opérée, je m'impose un rythme de vie où je mange trois petites cracottes le matin avec de la confiture. A 10h, je mange une banane ou une mandarine. A midi, je mange soit un peu les restes de la veille ou une petite tartine. A 4h, je m'impose un yaourth et puis je fais mon souper au soir. Je mange bien mon souper. Et normalement, je suis calée jusqu'au lendemain sauf si j'ai des envies (sourires). Ça, les envies on ne les retire pas quand quand on vous opère (rire).

CB: Vous aviez plus tendance à grignoter avant? Ou c'était plutôt en quantité?

Patiente 7: Euh... voilà manger en quantité. Et manger de tout et n'importe quoi hein.

CB: Et du coup, vous avez intégré la clinique mieux être parce qu'il y avait une usure morale et physique comme vous l'avez dit... et comment ça s'est passé?

Patiente 7: Mais là, j'ai bien été aiguillée et écoutée. Et là, on m'a posé les bonnes questions, ce que j'attendais, comment... comme un peu avec vous hein, ce qui s'est passé et ce que je voyais pour l'avenir, ce qu'on peut faire pour m'aider.

CB: Vous avez eu une écoute...

Patiente 7: Voilà.

CB: Et dans quel sens vous dites que ça a répondu à vos attentes?

Patiente 7: J'avais des choses à dire en fait que je n'avais pas dit... Et des questions à poser que je n'avais pas posées.

CB: Et est-ce que je peux vous poser la question? Quelles étaient les choses que vous aviez à dire?

Patiente 7: Oui, par exemple, mon corps allait changer... Ca, je ne m'y attendais pas. Personne ne me l'a dit. C'est peut-être logique pour les médecins, pour les gens qui m'entourent, voilà ton corps va changer. Mais je ne m'attendais pas à une catastrophe ainsi en fait. Moi quand on m'a dit "je vais perdre du poids", bah voilà je vais perdre du poids, je vais mincir. Mais jamais, j'avais imaginé que tout mon corps allait se laisser aller. Toutes les peaux qu... parce que on ne se rend pas compte qu'on est fort qu'on est fort en fait. On se regarde dans le miroir

mais on ne voit pas une personne forte hein. On.. on voit... On ne se voit pas comme dans la réalité quoi. Parce que ce qui m'a fait un déclic aussi une fois, c'est qu'on a pris une photo à côté de ma maman et ma maman était minuscule alors que moi je croyais que j'étais comme ma maman, vous voyez. Ça, ça a fait, c'est un déclic aussi qui dit "moi je suis quand même énorme maintenant" par rapport à ma maman donc euh..... (gêne, émue)

CB: C'est la comparaison qui...

Patiente 7: Oui, c'est une photo qui me dit que....

CB: Si je comprends bien, c'est le déclic avec votre maman qui a permis de prendre conscience de votre corps... Avant vous ne vous en étiez pas rendu compte, comment vous l'expliquez?

Patiente 7: Oui, bah j'ai... J'ai du.... Me forc... J'ai dû quelque part me forcer à vivre avec ce corps parce que des régimes, j'en ai fait hein. J'en ai fait depuis l'âge de 7ans. On m'en fait faire hein des régimes. Mais je perdais aller 10kg et j'en reprenais 20. C'était l'effet yoyo comme on dit. Donc des régimes, j'en ai fait mais euh... Je m'étais blindée je crois (délimite un périmètre). J'avais... Je m'étais mis une carapace et... Je me suis renfermée dans la carapace en me disant (petit rire) "je suis comme je suis" et euh... Mais on ne s'en rend pas compte. Quand on est fort, on ne se rend pas compte qu'on est fort.

CB: Donc effectivement l'opération a généré un changement de corps auquel vous n'étiez pas préparée... Vous avez pu en reparler?

Patiente 7: Oui, avec le psychologue.

CB: Comment ça s'est passé? Le travail s'est déroulé comment? Vous l'avez revue plusieurs fois?

Patiente 7: Oui, hein, je l'ai vue plusieurs fois. Elle m'a donné des questionnaires à remplir pour la prochaine fois, on en parlait. Et euh... Voir un petit peu ce qu'on pouvait faire pour l'avenir donc elle m'a rassurée, elle m'a dit "voilà, il y a la chirurgie... réparatrice donc on peut retirer tout ça et remodeler le corps, faire du sport". J'ai été à l'aquagym pendant un bon moment donc euh... Elle m'a aiguillée vers des solutions. Elle ne m'a pas laissé dans mon idée noire (sourire, gêne?) de mon corps qui avait changé.

CB: Donc il y a eu un changement de corps et au niveau des comorbidités comme l'essoufflement, l'HTA et le diabète que vous aviez décrits, comment ça a évolué?

Patiente 7: Ah oui, les 6... les 6 mois-un an, ça été. Après, le sucre a commencé à remonter donc maintenant je suis toujours à deux metformax par jour et sous surveillance... euh... le... rahh... aller... la graisse dans le sang... c'est le cholestérol? (rire).

CB: Oui, j'avais bien compris (sourire) la graisse dans le sang.

Patiente: Le cholestérol est revenu aussi. Euh... Je prends des médicaments pour ça aussi. Je prends des médicaments pour l'estomac et je prends des vitamines tous les jours parce que je n'ingurgite pas assez de vitamines.

CB: Vous sentez une amélioration, vous vous sentez plus libre dans vos mouvements?

Patiente 7: Oui, ça oui.

CB: Vous sentez une différence?

Patiente 7: Oui, ça beaucoup. Je suis beaucoup plus souple. Je sais plus me plier, faire les choses. Je monte les escaliers, je ne suis plus essoufflée, je marche plus longtemps.

CB: Ca, vous ressentez un bénéfice dans votre capacité à vous bouger....

Patiente 7: Oui, pour me mouvoir ça oui.

CB: C'est un point positif.

Patiente 7: Ca, c'est un point positif oui (sourire)

CB: Et il y en a d'autres?

Patiente 7: Oui hein! Un autre point positif, c'est que j'ai pu me rhabiller, acheter des vêtements qui me plaisaient... et euh... Par contre, je vois beaucoup plus de négatif que de positif.

CB: C'est lié à l'opération ou vous fonctionniez comme ça avant?

Patiente 7: Non, c'est lié à l'opération.

CB: Vous avez plus tendance à voir le noir...

Patiente 7: En parlant de l'opération hein. Pas dans la vie en général. Mais en parlant de l'opération. Moooi.... Je ne conseille pas l'opération aux gens de ne pas la faire sauf en cas de danger mortel fin.... Mais sinon, je ne conseille pas... les régimes non plus, je ne conseille pas parce que... Ou alors il faut être suivi correctement par une diététicienne ou alors si c'est pour faire l'opération, il faut être beaucoup beaucoup mieux préparé.

CB: et vous avez vu une psychologue, est-ce que vous avez revu une diététicienne à la clinique mieux être ?

Patiente 7 : Oui, oui, j'ai revu une diététicienne et c'est avec elle que j'ai fait le petit programme là euh... avec ce que j'aimais bien manger, ce que je peux manger pour mes carences donc elle, elle m'a suivie. Elle m'a aussi même envoyé des mails quand j'avais des doutes sur quelque chose et j'envoyais un mail et elle répondait...

CB : Ils étaient disponibles alors ?

Patiente 7 : Oui, ils étaient disponibles...

CB : Vous avez revu le chirurgien pour essayer d'expliquer les douleurs au niveau du ventre alors ?

Patiente 7 : Oui, le Dr S***

CB : Mais il n'y a pas eu de deuxième opération bariatrique, c'est plutôt pour comprendre d'où venaient les douleurs...

Patiente 7 : Non non non, il n'y en a pas eu.

CB : C'est vraiment pour comprendre d'où venait la douleur... et depuis lors, ça va ?

Patiente 7 : Oui depuis lors, ça va.

CB : Et ces envies de remettre et la sensation de satiété, ça, ça s'est remis en place ?

Patiente 7 : C'est géré maintenant (rire) c'est géré ! Sauf des fois évidemment (rire) comme je suis gourmande, bah si quelque chose me semble bon et que je le mange trop vite (sourire), il est trop tard... Quand je le sens, il est trop tard... Alors j'ai mon cœur qui s'emballe (rire) et euh...

CB : Ça fait partie des signes avant-coureurs que vous avez expliqués...

Patiente 7 : Et là, il faut que j'aille aux toilettes (rires)... ou des fois, je me force même... parce que je suis malade, je sens que mon cœur tape, tape, tape et que mon cœur tape dans mon estomac d'ailleurs et là je me dis que si je ne vais pas me faire remettre moi-même, je ne vais pas être bien ainsi toute la soirée donc je vais... Je me force des fois pour être soulagée.

CB : C'est régulier ?

Patiente 7 : Oh non c'est une fois toutes les... Allez une fois par mois, peut-être deux mois... quand je fais une bêtise quoi... (rire) Des fois je ne fais plus attention... C'est comme la première fois où j'ai bu du coca, bah... On ne peut plus boire de pétillant. Et mon mari avait une bouteille de coca dans la voiture. Je suis rentrée dans la voiture après ma journée de travail, j'avais soif. Qu'est-ce que j'ai fait ? je n'ai plus pensé, j'ai bu. Alors j'ai eu mal !!! Voilà, c'est des bêtises qui...

CB : Des précautions qui...

Patiente 7 : Après... Après... (rires) Une fois qu'on l'a fait, ça va hein ! je ne le fais plus... Et puis, ce que j'ai fait beaucoup, c'est des dumpings, c'est-à-dire quand je mangeais quelque chose de trop sucré, et bien je me sentais mal, mais mal pendant des heures, des sueurs froides, je transpirais de partout. Il ne fallait pas toucher mon estomac tellement ça me gênait... ça durait une demi heure et après ça passait. Mais il ne me fallait pas grand-chose au début...

CB : C'est encore le cas maintenant ?

Patiente 7 : Rare, très rare.

CB : Ça fait partie de la réappro...

Patiente 7 : Mais ça, on ne m'en avait jamais jamais parlé. Et je ne savais pas ce qui m'arrivait la première fois. Et après c'est une amie qui me dit : bah oui tu as fait un dumping. Un dumping ? c'est quoi ça ? Personne ne m'a jamais parlé de ça ! (Sourire) Et donc elle m'a expliqué ce que c'était. Et effectivement quand j'en ai parlé à mon médecin traitant, il me dit oui effectivement.

CB : Votre médecin traitant dans tout ce parcours, quelle a été son implication ? dans le suivi post opératoire ?

Patiente 7 : Non, non...

CB : Et au niveau des carences ?

Patiente 7 : Ah oui, au niveau des carences... En fait, j'allais quand je n'allais pas bien, et au suivi, on me faisait une prise de sang régulièrement tous les trois mois hein ! Ça oui, pour voir où on en était. Ça oui, ça on a fait. Et c'est comme ça qu'on a vu que je faisais de l'anémie, j'avais du cholestérol. Le sucre remontait (rire). Petit à petit.

CB : Vous sentez qu'il y a eu un changement alimentaire ?

Patiente 7 : Il y a eu un changement alimentaire tout de suite que j'ai imposé moi-même, comme je vous disais. J'ai retiré les féculents de mon assiette (sourires) parce que, comme je ne mange déjà pas beaucoup, mais si en plus je mange les deux pommes de terre et que je ne mange pas le reste, ça ne va rien m'apporter. Donc c'était que légumes et viande. Alors qu'avant, c'était friterie, resto parce qu'on travaille tous les deux donc quand on avait fini, bah à la place de rentrer et de commencer à faire à manger, bah allez viens, on va manger une mitraillette, on va manger une pizza. Voilà, et quand le soir, ou la journée quand j'avais faim, c'était des chips, du chocolat (rire)

CB : Et vous gardez quand même un plaisir de manger ?

Patiente 7 : Je n'ai jamais eu de plaisir à manger moi. Je trouve que la nourriture, ça... moi, la nourriture ça me dégoûte. D'accord ? moi je n'ai jamais eu de plaisir à manger. Je mange parce qu'il faut manger. D'accord ? si je veux me faire plaisir et que le dimanche, je prends un truc au chocolat ou une pâtisserie, ça... Ça c'est quelque chose qui me fait plaisir. Mais maintenant, la nourriture en elle-même, je vais dire les... les plats... les repas même... pff voilà...

CB : C'était déjà avant l'opération ?

Patiente 7 : Oui, ça oui.

CB : Et le fait de manger des quantités, vous l'expliquez comment ?

Patiente 7 : Oh be je mangeais quand même hein, je ne me laissais pas mourir de faim... (rire)

CB : Mais vous disiez que c'était en quantité mais qu'il n'y avait pas de plaisir donc comment vous expliquez le fait qu'il y avait cette envie ?

Patiente 7 : Fallait manger, fallait manger...

CB : Pour vous ?

Patiente 7 : Fallait manger.... (silence) Pas que ça me semblait bon. Avant, on allait (mon mari est fort aussi), on allait à des buffets. Bah oui, j'avais des assiettes remplies et tout. C'est pas que ça me semblait bon. Mais je mangeais parce que j'avais envie (sourire). Voilà, c'était l'envie...

CB : C'était une satiété qui ne s'arrêtait jamais...

Patiente 7 : Qui ne s'arrêtait jamais, voilà !

CB : Mais vous ne preniez pas de plaisir...

Patiente 7 : Pas spécialement. C'est rare quand je dis « j'ai bien mangé ».

CB : Parce que vous disiez que vous aimiez bien aller au resto, mais après on ne vous a pas prévenu que c'était plus difficile d'y aller...

Patiente 7 : Bah oui, parce que on avait l'habitude, mon mari et moi, comme je le disais, après le boulot, bah frierie, petit resto, petit truc... Et maintenant, oui quand je vais à la frierie, je prends un menu enfant quoi (rire)

CB : Parce qu'on peut se dire quand on va au resto, on associe ça à un plaisir... Donc je me demandais si vous aviez toujours ce plaisir...

Patiente 7 : Voilà... Les premières années, non, je ne l'avais plus. Je ne voulais plus sortir d'ailleurs. Ça ne sert à rien, qu'est-ce que tu veux qu'on aille faire au resto ? Moi je vais prendre quoi au resto ? une entrée ? Et je vais manger la moitié de mon entrée et toi, tu... non, un buffet all inclusive, mais qu'est-ce que je vais faire ? je vais boire une soupe et après ? (rire) non non...

CB : Il y a une petite frustration...

Patiente 7 : Oui... Avec la nourriture, il y a toujours eu une frustration.

CB : Oui, et que vous expliquez... Vous avez pu y travailler avec la psychologue ?

Patiente 7 : Oui un petit peu mais ça vient de trop loin à mon avis... Ça vient de trop loin (sourires)

CB : C'est vrai que les changements alimentaires, ce n'est pas toujours facile à accepter et le corps qui change... Et moralement ? au niveau de votre caractère, vous avez l'impression que ça a changé ?

Patiente 7 : Oui, j'ai été... Je suis complètement déprimée hein ! encore maintenant... (sourires). Oh oui, ça m'a complètement bousillée cette opération. Comme je vous disais, je vois plus le noir que le blanc. Ici, quand je vois mes cuisses, à chaque fois que je me déshabille devant la glace, pfff... j'ai envie de tailler dedans moi-même... retirer l'excès de peau tellement c'est horrible. On part en vacances bah pfff... Je suis malade parce qu'il faut se mettre en maillot de bain si on va à la plage ou si on va à la piscine. Bah j'achète des shorts pour aller à la piscine et qu'on ne voit pas... Mais depuis que j'ai retiré les peaux de mon ventre... Parce que c'était une catastrophe... Je me sens déjà beaucoup plus mieux et ce qui me rassure

beaucoup, c'est maintenant d'avoir un ventre plat. Ça, je n'avais jamais eu. Je n'avais jamais connu. Et ça, je dois dire : j'adore. Ça ! ça, C'est un super point positif maintenant (rire).

CB : Et cette chirurgie plastique s'est passé combien de temps après l'opération ?

Patiente 7 : Il y a deux ans donc ça fait trois ans après. Donc deux ans après la clinique mieux être, 3ans après l'opération et deux ans après la clinique mieux être...

CB : Ça fait un peu partie de votre processus de votre acceptation...

Patiente 7 : Oui... Ça oui, c'est vraiment ce qui a, je vais dire, terminé le parcours pour dire que je sois maintenant normale, allez je vais dire, une personne normale. Je remange mieux. Je mange un petit peu plus. Bon, il n'y a pas de miracle. L'estomac, c'est un muscle donc euh... Et je mange plus qu'avant, c'est sûr mais je regarde à ce que je mange maintenant pour ne pas reprendre du poids...

CB : Et votre compagnon... Vous avez senti que c'était une décision personnelle ou vous vous êtes sentie soutenue par votre entourage ? Comment ça s'est passé ?

Patiente 7 : Bah oui, tout le monde était content parce que depuis des années, on m'a reprochée d'être forte, pas mon mari hein ! Pas mon mari ! Mon mari, il ne m'a jamais rien reproché du tout. Lui, il a accepté. Lui, tout va bien. C'est moi qui n'acceptais pas. Je ne me suis plus déshabillée devant lui. Les rapports sexuels étaient quasi (sourire) inexistantes. Mais euh... tout ce qui est les parents. Eux, ils étaient contents. Ils ne me demandaient que ça depuis des années, que je perde du poids.

CB : Et la relation avec eux n'a pas changé suite à l'opération ?

Patiente 7 : Non... euh... Si bon... La relation avec mon père a toujours été fort euh... (grimace). Il voulait une petite fille, belle princesse et tout. Il n'a pas eu ce qu'il voulait. Donc euh, dès l'âge de 7ans, c'était des insultes à longueur de journée. « Arrête de bouffer, t'es trop grosse ». Donc lui, maintenant que j'ai perdu du poids, il est plus aimable. Beh je le vois une fois tous les... tous mois, c'est bien. 10minutes. Donc on n'a pas une bonne relation.

CB : Parce que vous disiez que votre entourage disait que c'était bien et puis on ressent que vous n'en êtes pas satisfaite...

Patiente 7 : Non, non non. Mais les gens étaient contents parce que j'avais perdu du poids, que j'étais plus jolie, même que moi je me trouvais plus jolie avant mais au niveau visage... Ou alors les gens me disaient ça parce que... (rires)... Les gens sont gentils fin...

CB : Ça n'a pas eu de répercussion sur votre entourage, vos amis, votre famille ?

Patiente 7 : Non, ça non. Ça, je n'ai rien senti de différent.

CB : Et par rapport à cet état un peu dépressif que vous évoquiez, vous êtes suivie par le psychologue ou par votre médecin traitant ?

Patiente 7 : Oui, c'est mon médecin traitant, oui...

CB : Que vous voyez régulièrement....

Patiente 7 : Oui.

CB : Et il y a un traitement qui a été mis en place ?

Patiente 7 : Oui, mais il était déjà mis en place avant... Parce que j'ai... Comme je ne sais pas avoir d'enfant, j'étais en dépression... donc j'ai un traitement depuis longtemps.

CB : Qui était avant l'opération...

Patiente 7 : Qui était avant l'opération oui...

CB : C'est intéressant d'avoir votre expérience... En revenant sur les nouvelles perspectives de la chirurgie bariatrique, on parle d'élargir la chirurgie bariatrique aux mineurs et aux diabétiques... Qu'est-ce que vous en pensez ?

Patiente 7 : Non, je suis contre... Non ! (sourires) Sauf si comme je vous dis, c'est une question de vie ou mort mais laissez les enfants tranquilles. Vérifier leur alimentation, leur faire faire du sport et arrêter les écrans... Je crois que...

CB : Effectivement, la problématique de l'obésité est de plus en plus présente et la chirurgie bariatrique, on y a de plus en plus vite recours... Du coup, est-ce que vous avez des idées ou suggestions pour essayer d'améliorer cette problématique-là ? Pour lutter contre l'obésité, qu'est-ce qu'on pourrait faire ?

Patiente 7 : Alors comme je disais, moins d'écrans... Oui, moins de jeux vidéo. On dit maintenant que c'est même un sport les jeux vidéos. Non, je ne suis pas... fin personnellement... Maintenant, je suis de la vieille école aussi hein. J'ai plus de 40ans. Oui, un gsm pour téléphoner. Un ordinateur pour travailler. Mais pas pour euh... pour jouer. Puis, ce n'est plus de communication, je trouve. Et des nourritures plus saines parce que... Des fois, je me dis, quand je vais faire des courses et que je sors de là et que j'ai acheté tous des produits frais, je passe devant la frieterie et puis tu vois 5euros pour une mitraille. Je dis Olivier : c'est moins cher de manger une mitraille et un paquet de chips que de manger de la salade, une salade fraîche et un bon morceau de viande hein. C'est une question de facilité et de moyen aussi. Un paquet de chips maintenant chez Lidl, c'est 50cents !

CB : c'est vrai... c'est vrai qu'il y a toute une problématique là à décortiquer et qui touche à différents facteurs (éducationnels, etc.), l'accessibilité et l'éducation sont des facteurs qui influencent...

Patiente 7 : Maintenant, je n'ai pas le remède miracle... Et puis ça ne va peut-être pas marcher pour tous les enfants, s'ils ont une pathologie à être forts...

CB : Tout à fait... Donc si vous recommandez cette chirurgie, c'est pour une question de survie. Qu'est-ce que vous conseillez pour les médecins généralistes pour améliorer la prise en charge des patients ? De quoi avez-vous manqué dans le processus ?

Patiente 7 : Vous, je ne sais pas... Mais la préparation... La préparation avant, oui ! Avoir plusieurs séances avec un psychologue pour voir si on est vraiment prêt. Parce que je ne pense pas que moi, j'étais prête et le psychologue n'a rien vu que j'étais pas prête, parce qu'il n'a pas posé les bonnes questions. Bon la diététicienne... C'est vrai qu'à part me préparer et dire

voilà ce qui va se passer et me donner les menus, bon allez passe... Parce que c'est une diététicienne mais elle, après par contre, la revoir ! et alors moi je dis le psychologue hein ! Et faire euh... Parce que ça, je n'ai pas eu non plus, mais on se disait, mon amie qui l'a fait, parce qu'elle était vraiment entre la vie et la mort, euh... Elle faisait des séances de groupes où ils partageaient chacun leur expérience. Ça, ça aurait été intéressant de le faire aussi : avoir le vécu de chacun...

CB : Vous auriez souhaité avoir plus de séances de psychologues avant... Et s'il y avait eu tout ce questionnement là et que vous-même, vous n'aviez pas l'impression d'être prête, si on vous avait dit que vous n'étiez pas prête, comment vous auriez réagi ?

Patiente 7 : Beh j'aurai demandé pourquoi, et ce que je pouvais changer dans mes habitudes et peut-être revoir la diététicienne pour essayer de refaire un régime avant... Parce que ça, non plus on ne m'a pas proposé, essayer de refaire un régime avant pour voir s'il y avait pas moyen...

CB : Il n'y avait pas une période d'essai de régime avant

Patiente 7 : Non, rien du tout !

CB : C'était au ***?

Patiente 7 : St Joseph oui

CB : Votre amie était prise en charge au centre mieux être, vous avez vu une différence de prise en charge ?

Patiente 7 : Oui, hein ! Oui, il n'y a pas photo (sourires) oui !

CB : Vous avez l'impression que si vous aviez interpellé la psychologue, vous auriez eu l'espace ou pas ? Ou c'était juste un Rdv avant ?

Patiente 7 : Ça, je ne me souviens plus mais sûrement que oui. Si j'avais demandé plusieurs RDV, j'aurais pu avoir plusieurs RDV

CB : A ce moment-là, vous ne vous rendiez pas compte que vous n'étiez pas prête, c'est par après que vous vous en êtes rendu compte ?

Patiente 7 : Oui, oui...

CB : Donc je note que faire attention à la préparation psychologique, c'est important

Patiente 7 : Je crois que c'est le plus important, c'est la préparation et être sûr soi-même qu'on soit prêt !

CB : Au changement corporel

Patiente 7 : Au changement oui...

CB : Et alimentaire

Patiente 7 : Et alimentaire, aussi tout à fait, les deux.

CB : Est-ce qu'il y a un autre changement que vous associez à la chirurgie ?

Patiente 7 : Ma libido (sourires), je ne l'ai plus...

CB : Vous pouvez en discuter avec votre compagnon ?

Patiente 7 : Oui, il est très compréhensif.

CB : Et est-ce qu'il y a un autre changement ? Que ce soit positif ou négatif ?

Patiente 7 : Oui hein je me suis mise à aimer les fringues même si je m'habille comme un garçon manqué mais (rire)... Avant je ne rentrais pas dans un pull Mickey et maintenant, j'en ai toutes une garde-robe...

CB : Vous aimez bien Wall Disney ?

Patiente 7 : Oui voilà, j'aime bien Mickey... (...) ça a changé au niveau de... du manque de vitamines. Ça me mine aussi de.... Allez, le manque de fer. Tous les 6 mois, il faut faire une cure. De vitamines, il faut prendre des vitamines tous les jours. Les médicaments pour l'estomac, tous les jours. Pour finir, je prends plus de médicaments maintenant que je n'en prenais avant.

CB : Et quand vous dites les cures, vous devez faire des transfusions ?

Patiente 7 : Non par médicament. Une fois, j'ai fait une transfusion après l'opération. Pour euh... La sleeve, j'ai fait une transfusion de fer. Et j'ai eu une transfusion sanguine parce que j'ai fait une hémorragie aussi lourde... abdominoplastie, c'est ça ? J'ai fait aussi une hémorragie, donc j'ai eu du sang.

CB : Donc il y a eu deux épisodes d'hémorragie : une après l'opération et une après la réduction ?

Patiente 7 : Oui, oui.

CB : Et les vitamines, ce sont lesquelles ?

Patiente 7 : Omnibionta intégral

CB : Pas remboursé ?

Patiente 7 : Ça a un coût aussi, oui, c'est ce que j'allais dire. C'est un coût aussi chaque mois chez le pharmacien. Le pantomed, c'est pas donné non plus...

CB : Tout à fait... tout ça me paraît très intéressant. C'est en tout cas, en tant que professionnel de la santé, important d'avoir un retour euh...

Patiente 7 : Oui et puis j'avais envie de partager cette expérience parce que beaucoup de gens sortent de l'opération. Après un an, ils sont contents. Surtout les hommes. Je trouve que c'est plus facile pour les hommes. Ils n'ont pas le même caractère que les femmes non plus... Mais voilà, c'est plus facile pour un homme. Il est tout de suite en bonne santé parce que je connais un homme qui l'a fait aussi et tout s'est bien passé et... Alors que moi non ! donc je voulais partager mon expérience et je trouve que c'est... C'est pour ça que je suis là en fait (sourires)

CB : Quand vous dites beaucoup, vous avez des discussions avec d'autres personnes autour de vous ?

Patiente 7 : Je travaille dans un call center donc on est une centaine sur un plateau. Et sur une centaine, il y en a bien 5 ou 6 qui l'ont fait. Et peut-être sur les 5 ou 6, il y en a deux dont moi où ça ne s'est pas bien passé. Mais les autres, mais je vois qu'ils sont en pleine forme et quand ils parlent, tout va bien et...

CB : Ils sont combien de temps après l'opération ?

Patiente 7 : Ça dépend un petit peu. Moi ça fait 5ans. Il y en a eu en même temps que moi, il y en a eu après et avant...

CB : En tout cas, je vous remercie vivement pour votre partage d'expérience parce que ce n'est pas évident...

Patiente 7 : Non mais si ça peut aider

CB : Il y a clairement une volonté d'accompagner au mieux les patients parce que c'est un changement qui n'est pas anodin...

Patiente 7 : Non non mais on ne s'en rend pas compte... Si c'est des gens comme moi qui foncent tête baissée et qui croient que tout sera rose... Et après... fin voilà ils ont été très déçus, fin j'ai été très déçue.

CB : Oui... Et après vous aviez dit, on vous a « vendu du rêve », ça vous l'avez dit, vous l'avez ressenti comme ça... Et puis il y a peut-être de la confiance que vous avez fait...

Patente 7 : Bah oui, au départ, c'est surtout ça, la confiance et le rêve.

CB : Le rêve de quoi ?

Patiente 7 : Le rêve d'arrêter l'insuline et d'arrêter de me piquer tous les X temps pour voir s'il y avait du sucre qui montait ou pas... Pour finir on allait passer à la pompe, non ! On en va pas aller plus loin...

CB : Ce n'était pas un rêve de changement corporel ?

Patiente 7 : Non, c'est pour la santé. Je l'ai fait pour la santé.

CB : C'était en quelque sorte, l'opération de survie ?

Patiente 7 : Survie, voilà.

CB : Parce que vous disiez que c'était la seule indication pour la faire...

Patiente 7 : Oui, bah oui, hein, il fallait arriver au bout, je pense, de quelque chose pour... (sourires) Alors vous pensez bien quand il m'a dit « après l'opération, non, on n'a plus rien, plus de diabète, plus besoin de vous piquer, plus besoin d'insuline ». Ah bah, je signe hein ! parce que c'est contraignant aussi de se piquer deux fois par jour d'insuline hein...

CB : Vous avez pu le revoir cet endocrinologue ?

Patiente 7 : Non ! je ne veux plus le revoir ! oh non !!

CB : Donc votre diabète est suivi par votre médecin traitant ?

Patiente 7 : C'est le seul docteur en qui j'ai encore confiance et le chirurgien à la clinique mieux être qui m'a opéré en tant que spécialiste.

CB : Tout à fait... ici, je vais retranscrire et puis le but c'est de retirer des messages clés pour améliorer la prise en charge. (...) explication de la retranscription. Encore un grand merci pour le temps que vous m'avez consacré et pour votre disponibilité.