

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉS DE MÉDECINE

Année 2018

2018 TOU3 1059

2018 TOU3 1060

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le 26 Juin 2018

par

Thomas FOURNIE & Marie-Laure PELFRESNE

**Les difficultés rencontrées par les patients à plus de 2 ans d'une
chirurgie bariatrique, et leurs gestions. Étude qualitative par entretiens
semi-dirigés menée en Haute-Garonne.**

Directrices de thèse : Dr Odile Bourgeois & Dr Brigitte Escourrou

JURY

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ	Président
Monsieur le Professeur Patrick RITZ	Assesseur
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU	Assesseur
Madame le Docteur Odile BOURGEOIS	Assesseur
Monsieur le Docteur Maël CHALRET DU RIEU	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve Médecine Générale

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

Remerciements communs

A Monsieur le Professeur Pierre Mesthé

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Veuillez trouver ici toute l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Madame le Docteur Odile Bourgeois

Vous nous avez fait l'honneur de diriger notre travail de thèse. Veuillez trouver ici toute notre reconnaissance pour votre aide et vos conseils tout au long de ce travail.

A Madame le Docteur Brigitte Escourrou

Vous nous avez fait l'honneur de co-diriger notre travail de thèse. Nous vous sommes très reconnaissants pour votre disponibilité, votre compréhension, votre aide tout au long de ce travail.

A Monsieur le Professeur Patrick Ritz

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury. Veuillez trouvez ici toute l'expression de notre gratitude. Nous vous sommes également très reconnaissants d'avoir pris le temps de nous recevoir pour discuter ensemble de notre projet de thèse et de nous avoir aiguillés dans notre travail.

A Monsieur le Docteur Maël Chalret Du Rieu

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de juger notre travail. Veuillez trouvez ici toute notre reconnaissance.

A Monsieur Olivier Le piller

Nous vous remercions de nous avoir donné de votre temps. Notre rencontre nous a permis de préciser notre travail.

A tous les médecins qui ont contribué au recrutement

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de nous aider dans ce travail.

Aux personnes qui on participé à notre étude

Nous vous remercions d'avoir accepté de vous confier pour la réalisation de ce travail.

Remerciements de Thomas

Je remercie tous les professionnels de santé que j'ai eu la chance de côtoyer tout au long de ma formation.

Au Dr LOUP et ses confrères du cabinet médical de la clairière, ce stage parmi vous a été une révélation et m'a convaincu d'être le médecin généraliste que je suis aujourd'hui.

Aux urgences de CH de Saint-Gaudens, vous faites un travail formidable, vos conseils sont à jamais gravés.

Aux équipes médicales de Nutrition et Maladies métaboliques et Diabétologie du CHU Rangueil, ce stage était mon souhait depuis l'externat, j'ai eu la chance de passer 6 merveilleux mois avec vous. Cette formation m'a inspiré pour cette thèse et m'est utile au quotidien.

Aux médecins du cabinet médical de Labastide Saint-Pierre, en particulier au **Dr Malvezin-Marquis** et **Dr Pariente** qui m'ont accompagné pour finir mon internat. Vos appréciations et vos conseils m'ont permis d'être j'espère un meilleur médecin.

A tous les co-internes qui ont été à mes côtés, en particulier « **Momo** », tu es un génie, je te souhaite le meilleur pour la suite et une carrière à la hauteur de ton talent.

A tous **les ex-castrais**, et plus spécialement à mes colocataire **des Lices**. A **Hélène « Sean Pol »** et ses « tut tuteeein », t'as intérêt de me répondre quand je t'appelle pour un conseil gynéco ! A **Tiffany « Cube »** je te souhaite le meilleur pour la suite. A **Marie « Gaga »** garde ta bonne humeur et éclate toi en Aveyron. A **Imane et Stéphane**, vous formez une famille formidable.

A **mes parents** et à **Eliane** qui ont toujours été là pour moi, qui m'ont aidé dès les premières années et m'ont soutenu jusqu'ici, cette thèse vous est dédiée. Merci à **mes sœurs Camille et Julie** qui ont eu la patience de me supporter. Consultations gratuites pour vous à vie ! Et à **Simon** pour nos parties de badminton endiablées.

A mes amis les plus proches, **Thomas (n°2)**, à mes côtés depuis presque 30 ans, que tes rêves se concrétisent et achète toi un genou que je t'éclate ! Et à **Romain, Pippin** de

toujours, qui a toujours été là même dans les moments les plus durs. Merci infiniment pour ta présence.

A **Agnès** parti trouver l'amour à Londres, j'ai déjà hâte de te revoir.

A tous mes amis castrais, **Julien «VTT master»**, **Mélanie « Cheville »**, **Jonhatan « Jo »**, **Karine**, **Romain « Saysset »** ou « **Le gitan** », **Laura « Cruzel »**. Merci de m'avoir accueilli parmi vous. La victoire du CO cette année n'est pas un hasard ! Merci à **Christophe** et **Laeticia « phototype 2 »**, à quand un prochain escape game ? Merci à **Laura I.** pour ta relecture !

A « **Mawmie** », pour ses bons petits plats pendant nos révisions et pour sa gaieté.

A **Tiphaine** pour ces 3 excellentes années de remplacement. Je te souhaite le meilleur pour la suite.

A **Marie-Laure**, sans qui ce travail n'aurait pas abouti. Merci pour ton implication, ta rigueur, tu as été le métronome de cette thèse. Profitez à fond de vos voyages avec **Emma** ! Et un grand merci à ton père pour sa contribution au logiciel de codage.

A **Elodie**, qui me supporte depuis déjà 5 ans, et avec qui je partage ma vie. Je te l'avais déjà dit : t'es toujours la meilleure ! Et merci au plus beau cadeau de ma vie : Jade alias Jadou ou « Petit cul », te voir grandir est ma plus grande fierté.

Remerciements de Marie-Laure

A mes deux rayons de soleil, Thomas & Emma

Thomas, merci pour tout, merci pour ton soutien depuis bientôt 10 ans. Ça y' est une nouvelle page se tourne! Et quelle page!! A nous la vraie vie, à nous les belles aventures. Le meilleur est devant nous ! ***J'entends tintinnabuler avec imbroglia mes estafettes***

A toi Emma, à chaque moment passé avec toi, à toutes tes premières fois, à ton rire, ton sourire, à ton regard, tes bisous et tes câlins!

Et à toi...qui nous rejoindra vers le 24 Décembre pour une belle aventure à 4 !

A ma famille

A toi qui m'accompagne à chacun de mes pas, qui veille sur moi. Tu seras toujours là, juste ici. J'espère que tu es fière de moi. Ta petite fille est devenue grande... Je t'aime Maman

A toi Papy, à ton sourire. Tu me manques. Ti tengu caru

Merci Papa pour ton soutien! Pour ton adage "c'est en forgeant que l'on devient forgeron". J'ai donc forgé! Et bien sûr merci pour le logiciel que tu nous as spécialement concocté pour cette thèse. C'est vrai qu'on ne se le dit pas souvent mais moi aussi je t'aime Papa

A ma Mamie chérie adorée que j'aime tant! Dommage qu'on ne puisse pas skyper pendant la soutenance pour que tu puisses me voir prêter serment... Mais je sais que tu y as pensé tellement fort que c'est comme si tu étais là !! Des bisous cinéma d'autrefois

A Stéphanie, ma grande sœur. Je n'oublierai jamais le soutien que tu m'as apportée pendant ma première année! CFP.. le courage, la force et la persévérance. A ces heures passées dans ta chambre à réviser bureaux collés serrés! Maintenant le Canada c'est plus tout à côté... Mais on arrive bientôt vous voir, toi, Patrick et Andrew !!

A Christine, merci d'avoir été là pendant toutes ces années. Merci pour ta bonne humeur, ton écoute et ton soutien. Ps : je veux bien encore un peu de tarte à la rhubarbe (oui je peux écrire ça..) Bisous !!

A Paul, mon petit frère !! Ah non.. On me dit que "petit" n'est plus le terme adapté! Bon je reste pour toujours ta grande sœur quand même! Sache que dans deux ans, tu auras l'âge que j'avais quand tu es né.. médite ça !! Sur ce, continue de grandir et crois en tes rêves !

A mes tantes, mes oncles, mes cousins, cousine et petits cousins : Linda, Emilia, Jacky, Jean Charles, Yannick, Geoffrey, Sandrine, Noa et Louis.

A ma belle-famille : Anne-Claude, Bruno, Rémi, Lucille, Céline et tous les autres. Une grande belle famille! Merci de m'avoir "adoptée"!

A tous mes ami(e)s

A Céline, ma copine du lycée! A notre amitié qui résiste au temps! Merci d'être toujours là! Et à P.O avec qui tu as le sourire

A Fabien, merci pour tous les moments que l'on a partagés. A tous ces tours de terrain que l'on a fait (essentiellement en marchant certes!) quand tu venais me sortir l'esprit de mes révisions. Merci pour ton amitié. Sache que je serai toujours là aussi

A Mathieu, à toutes ces balades, à ta tranquillité apaisante, à notre amitié qui dure depuis plus de 10 ans. Je te souhaite le meilleur pour tous tes beaux projets

A Alexia, Amina et Nathalie. Alex, Amina, on a été assise à côté sur les bancs des amphis en p1, les marches de la bu, en salle d'anatomie à regarder l'hôpital au loin... Puis toutes les 4 avec Nathalie à la fac de science pour ce fameux ECN. On a bossé dur, on s'est entraînée et puis on a bien rigolé!! Amina on se voit moins souvent mais quand on se voit c'est comme si c'était hier! Alex, t'es formidable!! Nath, faut qu'on travaille le Sirsasana! Merci pour votre amitié les filles ! Namasté !

A Cécilia & Laura. A notre belle rencontre aux urgences ! Et puis surtout au sport que l'on a partagé, le foot us ! Quelle aventure ! Merci pour tous ces bons moments ! A notre amitié !

A Laureline et son grain de folie, Camille, Thibaut et Eliott. C'est pas plus mal que Thomas se soit reconverti, je suis contente de vous avoir comme copains !!

A Charlotte, super copine du primaire !! Je suis si contente que l'on se soit retrouvée! On a bien grandi depuis mais finalement notre amitié est restée celle qu'elle était. A Romain pour sa bonne humeur et son rire, et à Emma, je suis ravie de la voir grandir et que nos deux Emma puissent s'amuser ensemble :)

A Romain, alias Rominou. Profite bien de tous tes voyages !!

A Émilie et Julia, 2 belles rencontres à Fonsorbes!

A tous mes supers co-internes : à Romain et Faiza, les tous premiers! Aux internes de Auch, Yohann, Flo, Nabil, Pauline avec bien sûr Cécilia, Laura et Romain. Cet été auscitain fût fort sympathique à vos côtés! A tous ces moments que l'on a partagés! A Camille à LSP.

Et bien sûr à Thomas, avec qui j'ai partagé cette thèse. On aura passé de nombreuses heures mais ça y'est on y est arrivé !! Well done! Et merci pour Thomas, cette belle rencontre c'est aussi grâce à toi

A tous les médecins qui m'ont formée

A tous les médecins du SMIT. Vous avez été tous formidables. Je n'oublierai jamais mon premier semestre d'internat à vos côtés. Merci pour m'avoir formée, soutenue, et guidée. Merci pour tout

Au Dr Marie Laur. J'ai beaucoup appris à tes côtés et en particulier la relation médecin-patient. Ce n'est pas un hasard si je suis passée en stage avec toi ... Merci encore

Aux médecins de Fonsorbes, Dr Nicolas Pasian, Dr Jean Christophe, Dr Jean Cantegril. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis et surtout votre bonne humeur!

Au Dr Boulanger, merci pour les débriefings au cours de mon premier saspas.

Aux médecins de Labastide-Saint-Pierre et en particulier au Dr Patrick Laska, Dr Bernard Duchalet, Dr Christophe Saint-Pastou. Merci pour votre accueil, vos débriefings durant mon stage de saspas. A la fin de ce semestre avec vous, on peut dire que j'étais prête pour exercer. Merci pour tout

Table des matières

Introduction	1
Matériel et méthode	3
A. Recherche bibliographique.....	3
B. Choix de la méthode de recherche.....	3
1. La méthode qualitative.....	3
2. Entretiens individuels semi-dirigés.....	3
C. Autorisation du Comité d'Éthique.....	4
D. Échantillonnage.....	4
1. Population étudiée.....	4
2. Mode de recrutement.....	4
3. Prise de contact.....	4
E. Modalités de recueil des données.....	5
1. Le guide d'entretien.....	5
2. Condition de recueil lors des entretiens	5
F. Retranscription et analyse des données.....	6
1 Retranscription.....	6
2. Analyse thématique des données.....	6
3. Triangulation des chercheurs.....	6
4. Protocole de résolution des différences.....	6

Résultats	7
A. Population étudiée.....	7
B. Réapprendre à manger	8
1. Les freins.....	8
a. La chirurgie perçue comme une solution miracle.....	8
b. Une addiction alimentaire.....	8
c. Un sentiment de frustration.....	10
d. Une mauvaise compréhension des principes de base.....	10
2. Les facteurs favorisants.....	11
a. Concevoir la chirurgie comme une aide.....	11
b. Changer son rapport à l'alimentation.....	11
c. S'accorder des petits plaisirs pour pallier à la frustration.....	11
d. Se familiariser à sa nouvelle fonction digestive.....	12
e. Être soutenu par ses proches.....	12
C. La pratique et le maintien d'une activité physique.....	13
1. Les freins.....	13
2. Les facteurs favorisants.....	14
D. La reprise de poids.....	15
E. Le vécu face au changement du corps.....	17
1. Réaliser le changement d'apparence.....	17
2. Accepter le nouveau corps.....	17
a. Les freins pour l'accepter.....	17
b. Les facteurs favorisants l'acceptation.....	18
3. Impact sur les relations sociales.....	20
4. Impact sur les relations intimes.....	21
5. Impact sur le regard des autres.....	22
F. Le vécu de la prise en charge après la chirurgie bariatrique.....	23
1. Les difficultés rencontrées dans la prise en charge.....	23
a. Une insuffisance de suivi post-chirurgical.....	23
b. L'observance est difficile quand on se sent « guéri ».....	24
c. La peur de la pesée.....	25
d. Le sentiment d'être incompris(e).....	25
2. Le vécu des personnes ayant un bon suivi.....	26

Discussion	27
A. Les forces et les limites de l'étude.....	27
1. La validité interne.....	27
2. Les biais liés à la méthode d'analyse.....	27
3. Les biais liés aux enquêteurs.....	27
4. Les biais internes.....	27
5. Les biais externes.....	27
B. Difficultés de maintenir les « règles » hygiéno-diététiques et reprise de poids.	
Que rechercher?.....	28
1. Une représentation erronée de la chirurgie.....	28
2. Une restriction cognitive.....	29
3. Une addiction alimentaire.....	30
C. Comprendre l'image du corps au fil de l'amaigrissement.....	32
1. Surmonter la fonction défensive du surpoids.....	32
2. Appréhender une image corporelle modifiée.....	33
3. Intégrer l'atteinte de la féminité et la virilité.....	35
4. La chirurgie réparatrice : une aide pour se reconstruire?.....	35
5. Comprendre son image à travers la photographie.....	36
D. Le rôle de l'entourage dans le vécu.....	37
1. Intégrer des relations interpersonnelles différentes.....	37
2. Favoriser stabilisation pondérale.....	37
3. Aider à mieux vivre le changement du corps.....	38
D. Un suivi insuffisant. Comment le médecin généraliste pourrait-il améliorer le suivi des patients bariatriques ?.....	39
1. Prendre part à la prise en charge de l'obésité avant la chirurgie.....	42
2. Dédier des consultations au suivi.....	43
3. Programmer le suivi.....	43
4. Responsabiliser le patient.....	45
5. S'impliquer dès le post-opératoire immédiat.....	45
6. Adapter la périodicité des consultations.....	46
7. Prévoir une consultation systématique à 12-18 mois.....	46
Conclusion	47
Bibliographie	49
Annexes	53

Introduction

La chirurgie bariatrique est une alternative à la prise en charge de l'obésité. Jusqu'à présent, les traitements dits conservateurs (mesures hygiéno-diététiques, psychothérapies) se révèlent peu efficaces chez les patients présentant une obésité morbide. Peu de patients parviennent à perdre un poids suffisant par ces moyens, moins de 5% d'entre eux maintiennent cette perte sur le long terme [1].

Le cadre de cette chirurgie a été actualisé en 2009 par la Haute Autorité de Santé [2] et renforcé en 2013 par les recommandations interdisciplinaires européennes [3], précisant les critères d'efficacité optimale sur les paramètres métabolique et pondéral.

La chirurgie bariatrique connaît un véritable essor en France, avec 47 000 interventions recensées en 2014.

Cette chirurgie, invasive et souvent irréversible, modifie la physiologie digestive avec des complications multiples (mécaniques, fonctionnelles, psychologiques) pouvant retentir sur la qualité de vie des patients. Celle-ci est coûteuse et mobilise de nombreux professionnels de santé [4] [5].

On sait désormais qu'il y existe un réel bénéfice sur les co-morbidités liées à l'obésité avec une diminution significative à deux ans, notamment cardio-vasculaires, d'après l'étude SOS (Swedish Obese Subjects). Toutefois, ces effets sont moins marqués après dix ans, probablement en raison de la reprise pondérale dans l'intervalle, mais aussi en raison du vieillissement [6].

Il semblerait que la chirurgie bariatrique améliore également la mortalité globale liée à l'obésité [7].

Toujours selon l'étude SOS [6], la qualité de vie des patients opérés est significativement améliorée la première année, puis se stabilisait jusqu'à la sixième année.

Les critères d'efficacité de cette chirurgie repose sur des critères de perte d'excès de poids[8]. Toutefois, certaines études ont mise en évidence d'autres bénéfices de cette intervention : la perte de poids et la correction ou l'amélioration des co-morbidités ont prouvé leur efficacité pour améliorer la qualité de vie. Les capacités physiques, la vie sexuelle, l'estime de soi, la vie sociale ou l'épanouissement professionnel ont été significativement amélioré [9].

On pourrait s'attendre à un taux de réussite optimal, pourtant la littérature décrit qu'un certain nombre de patients obèses ne parviennent pas à perdre ou à maintenir la perte de poids sur le long terme. On retrouve une reprise de poids progressive deux ans après la chirurgie [10].

Le médecin généraliste est l'acteur central de cette prise en charge qui doit être pluridisciplinaire. Pourtant il reconnaît une insuffisance de formation en nutrition, un manque de connaissance des réseaux de soins, et des difficultés à gérer la complexité de certaines situations cliniques liées à l'obésité [11].

Il nous semble ainsi que la connaissance et la compréhension des difficultés quotidiennes post-chirurgicales rencontrées par les patients permettraient de mettre en évidence des facteurs de risque d'échec. Leurs détections précoces justifieraient une vigilance toute particulière de ces patients et aideraient ainsi le praticien dans la prise en charge globale.

L'objectif est d'étudier les difficultés rencontrées par les patients au moins deux ans après une chirurgie bariatrique, leurs vécus et leurs gestions au quotidien.

L'objectif secondaire est d'apporter des ressources pratiques aux médecins généralistes afin d'anticiper ces difficultés chez leurs patients concernés, et de prévenir des complications post-opératoires à moyen terme.

Matériel et méthode

A. Recherche bibliographique

Nous avons effectué nos recherches de Janvier 2016 à Mai 2018 grâce aux moteurs de recherche suivants : PubMed, Doc'CISMeF, Cochrane Library, EM Premium, Google Scholar, le catalogue du Système Universitaire de Documentation (SUDOC), les banques de thèses des universités de Toulouse III et de de Paris.

Les mots de recherche utilisés en français étaient : chirurgie bariatrique, médecine générale, prise en charge, vécu, ressenti, complications, suivi, recherche qualitative, entretien.

Les mots clefs utilisés en anglais étaient : bariatric surgery, general practionner, general practice, qualitative study, disease management, qualitative research methodology et interviews.

B. Choix de la méthode de recherche

1. La méthode qualitative

Notre question étant les difficultés rencontrées par les patients après 2 ans en post-chirurgie bariatrique et leurs gestions, la méthode qualitative est apparue comme la méthode la plus adaptée.

2. Entretiens individuels semi dirigés

L'entretien permet d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté. Il fait produire un discours en tant que prolongement d'une expérience [12]. Il permet d'étudier des sujets intimes et délicats [13], ce qui est le cas des thèmes soulevés dans notre étude. C'est pourquoi l'entretien individuel est apparue comme la méthode la plus adaptée.

C. Autorisation du Comité d'Éthique

Tous les participants ont reçu et signé une fiche d'information et de consentement à la participation (annexes 1 et 2). Ils avaient la possibilité de se rétracter de l'étude sans en motiver la décision, et ce à n'importe quel moment. Notre étude était totalement anonyme.

Le protocole de recherche a reçu l'autorisation de la Commission Éthique du Département Universitaire de Médecine Générale de Midi-Pyrénées. (annexe 3)

D. Échantillonnage

1. Population étudiée

La population cible de l'étude était des personnes majeures ayant eu recours à une chirurgie bariatrique, au moins deux ans auparavant, en Haute-Garonne.

Nous avons effectué un échantillonnage raisonné. C'est une procédure non probabiliste consistant à sélectionner des participants [14], Cela nous a permis d'obtenir un échantillon diversifié. Il a été raisonné sur les critères suivants : l'âge, le sexe, le milieu familial et socio-professionnel, les comorbidités, la prise en charge médico-chirurgicale et le délai opératoire.

2. Mode de recrutement

Le recrutement s'est fait par l'intermédiaire de médecins généralistes qui étaient en charge de patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique. (Annexe 4)

3. Prise de contact

Nous avons contacté les personnes informées de notre recherche par téléphone afin de convenir du lieu et de la date de l'entretien.

E. Modalités de recueil des données

1. Le guide d'entretien (Annexe 5)

Le guide d'entretien est une trame souple de questions servant de fil conducteur et stimulant l'échange. Il a été construit à l'aide des données de la littérature.

En premier lieu, nous remercions les participants, présentions l'étude et rappelions l'engagement d'anonymisation et la technique de recueil. Nous faisons préciser les éléments nécessaires à notre étude : âge, situation familiale, profession, niveau d'étude, comorbidités, délai opératoire, type de chirurgie, le(s) professionnel(s) en charge du suivi.

Ensuite nous abordions notre sujet d'étude par une question d'ouverture pour permettre aux participants d'évoquer librement le sujet.

Le cœur du guide était structuré en thèmes : l'histoire du poids, les facteurs ayant motivé la chirurgie, les difficultés rencontrées en post-opératoire et la gestion de celles-ci concernant : la perte de poids, l'alimentation, le changement du corps, les situations familiale et professionnelle, la pratique de l'activité physique, la prise en charge médicale.

Chaque thème regroupait une série de questions ouvertes. Nous utilisions également des relances, en fonction des dires de la personne l'interviewée. Cela permettait d'approfondir les informations recueillies.

Le guide se clôturait en demandant aux participants les conseils qu'ils donneraient à une personne souhaitant ou venant de se faire opérer. Enfin lorsque l'ensemble des questions avait été abordé, nous leur demandions s'ils souhaitaient apporter un dernier élément.

Le guide n'a pas été modifié dès lors que nous avons commencé les entretiens.

2. Conditions de recueil lors des entretiens

Le lieu de conduite de l'entretien était discuté au moment de la prise de contact. Il s'agissait le plus souvent du domicile du participant pour qu'il se sente à l'aise. Pour

faciliter la liberté de parole, nous avons décidé que les entretiens devaient se dérouler hors de cabinets médicaux.

Les propos étaient recueillis grâce à un enregistrement audio (téléphone ou dictaphone). Les données non verbales (comportement, ambiance) étaient notées « à chaud » après chaque entretien, et conservées dans un document appelé contexte d'énonciation et ceci pour chaque entretien.

F. Retranscription et analyse des données

1. Retranscription

Nous avons retranscrit, mot à mot, l'intégralité des entretiens. Cet ensemble de données est appelé le verbatim. Après avoir fait parler l'interviewé, l'enquêteur fait parler le texte par l'analyse des discours [15].

2. Analyse thématique des données

Nous avons réalisé un examen systématique de l'ensemble des données. Dans un premier temps nous avons découpé le verbatim en unité de sens (phrase, paragraphe) que nous avons transformée en formulation signifiante, appelée le code. Ensuite nous avons identifié et regroupé les codes qui illustraient le même sujet pour en développer des thèmes, des catégories et des sous catégories. Pour classer toutes ces données, nous avons utilisé une application personnelle et sécurisée, disponible sur internet.

3. Triangulation des chercheurs

Nous avons réalisé de manière indépendante l'analyse thématique des données puis dans un deuxième temps, confronté nos résultats.

4. Protocole de résolution des différences

En cas de différences entre l'analyse des deux chercheurs, nous nous référons au verbatim. Si le désaccord persistait, nous sollicitons un troisième avis auprès de nos directrices de thèse.

Résultats

A. Population étudiée

Parmi les 14 personnes interviewées entre Août 2017 et mars 2018, 12 ont été intégrées à notre étude. Les entretiens A et 3 ont été exclus de notre travail : le premier avait permis de tester le guide d'entretien, le deuxième ne respectait pas les critères d'inclusion.

L'âge des personnes variait de 22 à 65 ans, avec un âge moyen de 45.6 ans, pour une intervention chirurgicale effectuée entre 20 et 60 ans. En moyenne, l'intervention avait eu lieu il y a 3,2 ans, la plus précoce à 2 ans et la plus ancienne à 7 ans. Nous avons essentiellement interrogé des femmes (11 femmes pour 1 homme). En France, 83% des opérées sont des femmes.

Les interviewés avaient bénéficié de chirurgies différentes: anneau gastrique, sleeve gastrectomy et by-pass. Aucun n'avait bénéficié d'une dérivation bilio-pancréatique.

La plupart des co-morbidités liées à l'obésité morbide avaient été recensé. Les caractéristiques de chaque participant sont détaillées en annexe. (annexe 6)

La durée des entretiens allait de 18 minutes à 1H56. La durée moyenne était de 55 minutes.

La saturation des données a pu être confirmée avec l'absence de nouvelles données significatives dans les deux derniers entretiens.

Les résultats sont illustrés par les verbatim en gris dans le texte. Les sigles E.1. à E.7. renvoient aux entretiens 1 à 7 et les sigles E.A. à E.G. aux entretiens A à G.

B. Réapprendre à manger

« On est obligé de réapprendre à manger. On refait sa vie en gros. (...) C'est quand même un peu compliqué. » E.B

1. Les freins pour mettre en place et maintenir de nouvelles habitudes alimentaires

a. La chirurgie perçue comme une solution miracle

Certains participants ont choisi la chirurgie car ils en attendaient une solution miracle ou de facilité. « Comme t'as aucune volonté, ben tu vas faire un mini by-pass parce que c'est facile ». E.7 Ils s'imaginaient que la chirurgie entraînerait une anorexie et annihilerait toutes mauvaises habitudes alimentaires. Mais leurs attentes ne correspondaient pas à la réalité du post-opératoire et elles faisaient alors place à la désillusion. « C'était LA solution. Et au final ça l'a été un peu, 'fin un peu, vraiment peu. » E.4 Les anciennes habitudes se remettaient rapidement en place avec des prises alimentaires qualitativement et quantitativement importantes. « J' croyais qu'en me faisant opérer que la faim allait disparaître.(...) Erreur. J'ai faim comme avant. » E.7 « Comment vous l'expliquez cette reprise de poids ? Ben parce que ça m'a pas coupée la faim quoi. (...) Moi je pensais que mon estomac n'accepterait plus rien (*parle + fort*). Et plus ça va, plus j'ai l'impression que je mange » E.D

b. Un trouble du comportement alimentaire « l'addiction alimentaire »

Des personnes interrogées se décrivaient comme présentant une addiction à la nourriture. « Notre addict c'était la bouffe, bon et ça l'est toujours. ». E.D Parmi l'ensemble des participants, ce sont ces personnes qui ont repris le plus de poids sans pouvoir le reperdre sur le long terme. Il s'agissait des participantes des entretiens E.D et E.4 qui avaient repris respectivement 20 Kg en 2 ans et demi sur les 40 Kg perdus initialement et 27 Kg sur 37 en 7 ans.

L'alimentation tenait une place très importante dans leur vie. Ce lien particulier avec l'alimentation était ancré depuis l'enfance. Elles étaient issues de familles de « bons vivants » et « faire et bien manger » était un élément essentiel, hérité de leur éducation. « Chez nous, ça a toujours été essentiel. Y' avait pas 10 francs pour se payer un joli T-shirt

mais y avait quand même 10 francs dans l'assiette » E.D « Chez nous c'était pas sois belle et arrête de manger. Non c'était mange ça te fera du bien. E.4 L'une d'elle expliquait que son rôle était de faire à manger, prenant ainsi soins des autres. « C'est dans ma nature de faire à bouffer (...) Chacun a sa tâche et moi je suis la cantinière. » E.D

Il leur était difficile de contrôler leur alimentation, ne sachant pas se « mettre assez de frein » E.D au cours des repas ou ayant des envies incontrôlables en dehors des repas. « Je demanderais presque qu'on m'attache (...). Tellement l'addiction, l'impulsion est forte. » E.4 La douleur n'était pas toujours un frein pour manger « Je sais que je vais être malade (...) mais ça fait rien. Je vais quand même manger la bouchée de trop..» E.D

La fonction de l'alimentation n'était pas physiologique mais était liée à leurs émotions, positives ou négatives. Manger leur permettait de se faire plaisir « J'aime bien manger » E.D ou d'atténuer des angoisses « ce soulagement d'avoir mangé. » E.4

« Ne pas manger » procurait « une grande souffrance. » E.4 et manger devenait une obsession « *On arrête de manger, la nuit on rêve qu'on mange.* » E.D

La chirurgie ne les avait pas aidées à corriger leur addiction, comme elles le pensaient. L'envie de manger était toujours présente. « Combattre » leur addiction était difficile car, comme elles l'exprimaient toutes deux, l'alimentation faisait obligatoirement partie de leur quotidien. Les tentations étaient donc toujours présentes. Elles comparaient leur lutte vis à vis de l'addiction à celle qu'elles avaient engagé contre le tabac jugée plus aisée.

Leur addiction leur semblait être incurable, ne concevant pas de solution efficace pour prendre en charge leur addiction. « Mais bon quoi faire là-dessus? Même les psy je sais pas...» E.D Une prise en charge psychologique en pré-opératoire avait pu être un échec comme le racontait l'une d'elle (E.4). Il lui avait été impossible de poursuivre cette prise en charge qui avait été trop difficile sur le plan émotionnel, faisant émerger des souffrances « cachées » qu'elle compensait ensuite par des prises alimentaires. Cette même interviewée souhaitait une solution radicale, rapide, et indolore. « Je pense qu'en plus de l'estomac, il faudrait une opération du cerveau! » E.4

Le soutien des proches ne suffisait pas pour les aider. « Mon mari, il me freine, mais je lui dis quand même c'est pas beaucoup. *(rires)* Je suis terrible je le sais, c'est compliqué. » E.D

Enfin, elles avaient conscience de leur trouble. Pourtant des contradictions étaient présentes dans leurs propos tout au long des entretiens. Par exemple, l'une d'elles (E.4) déconseillait cette chirurgie aux personnes souffrant d'addiction, mais en parallèle elle souhaitait se faire ré-opérer et avait vécu comme une agression le fait qu'on lui refuse une nouvelle intervention.

c. Un sentiment de frustration

Certains participants s'imposaient une alimentation sans produits gras et/ou sucré. Cette suppression des « aliments - plaisir » était source de frustration.

Au cours des premiers mois suivant l'intervention, l'observance de cette restriction était bonne. L'opération étant récente, ils avaient encore bien conscience de l'opportunité qui leur avait été donnée. « La première année je me suis focalisée. Je me suis dit on te donne une chance, il faut saisir cette chance » E.G De plus, la perte de poids effective les motivait à maintenir leurs efforts. «T'es frustrée de dingue. Mais bon d'un côté tu vois la balance qui commence à descendre (...) Plus tu descends plus tu continues, plus tu t'accroches» E.F

A distance de l'intervention, les occasions d'être tenté et la frustration augmentaient avec le temps. Ces personnes pouvaient "compenser" cette restriction. Elles augmentaient leur consommation d'aliments à haute densité énergétique voire perdaient le contrôle de leur alimentation. « J'ai pas fait un seul écart pendant un an. Bon là je me rattrape peut être depuis. » E.G « Je mangeais des conneries (...) que je me suis auto-interdit alors qu'il ne faut pas s'interdire les choses. C'est plus on se les interdit plus on va vouloir en manger. Du coup j'ai lâché la bride. J'aurai dû petit à petit me donner des petits écarts.» E.F

Il était d'autant plus difficile de réinstaurer une alimentation équilibrée, que la période de relâchement avait été importante. « Je pensais que j'allais me remettre sans problème, à me refaire à manger comme il faut, à peser tout .. mais rien du tout » E.F

d. Une mauvaise compréhension des principes de base

Les syndromes de dumping pouvaient être encore présents à distance de la chirurgie sans que l'opéré ne comprenne ni ses symptômes ni son origine. C'était le cas pour l'une des participantes. « Elle (*sa cousine*) me dit que c'est le sucre qui passe trop rapidement euh... dans le sang ou enfin je sais pas qu'est-ce-qu'elle m'a racontée. » E.C Cette compréhension inappropriée de sa symptomatologie ne lui permettait pas de comprendre la variabilité d'apparition des symptômes en fonction des repas et ne pouvait donc pas corriger ses erreurs diététiques.

2. Les facteurs favorisant la mise en place de nouvelles habitudes alimentaires

a. Concevoir la chirurgie comme une aide

Certains opérés avaient conscience que la chirurgie seule ne suffisait pas et qu'il fallait modifier au long terme certaines habitudes de vie, notamment hygiéno-diététiques, pour maintenir la perte de poids. « Il ne faut pas se dire que c'est une solution miracle, il faut mettre de soi aussi. » E.G « C'est pas parce qu'on vous opère que ça y est c'est fini.(...) Si c'est pour être affalée sur le canapé... pour repartir sur des travers (...) Je sais qu'il faut que je fasse attention ! J'en suis très très consciente. » E.5

b. Changer son rapport à l'alimentation

Certaines participantes expliquaient que depuis l'intervention elles avaient changé leur façon de manger, qu'elles privilégiaient désormais la qualité aux quantités et appréciaient davantage ce qu'elles mangeaient. « Je me faisais un plaisir d'aller au Mac do. Maintenant je me dis comment on peut aimer ça ? Je n'apprécie plus, je suis plus gourmet. » E.6 Une des participantes insistait sur le fait que le côté mécanique l'avait beaucoup aidé à changer son rapport à l'alimentation. « Avant j'avais pas cette notion de m'arrêter. On pouvait remplir on remplissait point. Maintenant le côté mécanique m'aide beaucoup, quand l'estomac me dit stop je sais qu'il faut stopper (...) c'est lui notre repère » E.E

c. S'accorder des petits plaisirs pour pallier à la frustration

Certaines personnes ont pallié à la frustration en s'autorisant des « petits écarts » au quotidien. Elles s'accordaient de manière raisonnée des aliments « plaisirs » en parallèle du régime alimentaire équilibré. Elles mangeaient donc de tout sans se priver. « Je fais attention mais sans me priver (...) Je m'accorde de temps en temps des petits plaisirs. Quand on a envie de quelque chose et qu'on le mange pas c'est là qu'on grossit. Parce que se priver de tout c'est là que c'est pas bon. »EE Elles mangeaient ainsi « normalement » et donc pouvaient vivre « normalement » E.E. Cela leur permettait de gérer leurs frustrations et vraisemblablement d'éviter de faire de gros écarts alimentaires.

d. Se familiariser à sa nouvelle fonction digestive

Une bonne compréhension des conseils et de l'éducation thérapeutique apportée par les professionnels de santé permettait de mettre en application le nouveau mode alimentaire, de reconnaître les effets indésirables, d'en identifier la cause et de réajuster les comportements. Les participants se familiarisaient ainsi mieux à leur nouvelle fonction digestive. « Le dumping. J'ai dû en avoir fait une fois, mais je sais pourquoi (...) Il me l'avait dit (*le chirurgien*) de faire attention à manger lentement, bien mâcher » E.5 Être à l'écoute de leur corps permettait à certains participants de connaître leurs nouvelles limites, sachant ainsi quand s'arrêter de manger. « Il faut vraiment être à l'écoute de soi. (...) Au jour de maintenant tout va bien. Je sais quand est-ce-qu'il faut m'arrêter. » E.B « Dès que je sens qu' mon nez commence à couler c'est que je vais avoir des nausées et qu'il faut que je stoppe immédiatement. » E.1 Se familiariser à leur nouvelle fonction digestive ne pouvait se faire cependant que dans la durée. « Le temps aussi de s'habituer et de comprendre un peu comment notre corps refonctionne » E.2

e. Être soutenu par ses proches

Lorsque les participants étaient soutenus par leur entourage cela rendait plus facile l'adaptation à leur nouveau mode de vie alimentaire.

C. La pratique d'une activité physique

1. Les freins à la pratique d'une activité physique

Certaines personnes interrogées justifiaient leur manque de motivation à la pratique d'une activité physique par le fait qu'ils n'avaient jamais été sportifs, et qu'ils ne le seraient jamais. Il avait été ainsi difficile pour eux de maintenir les efforts sur le long terme. « je pense que je ne suis pas une sportive dans l'âme ! (rire) j'ai essayé si. J'ai jamais été sportive. C'est vrai que c'est pas ma tasse de thé. » E.B

Le coût des activités sportives était un frein. Les tarifs des salles de sport étaient principalement décriés. Même si une activité était appréciée, les prix des abonnements pouvait limiter les adhésions. « j'aimerais bien trouver des cours d'aquabike, mais pas trop cher. » E.1

Le manque d'activité avait aussi été justifié par un manque de temps à cause à y consacrer à cause d'obligations familiales (s'occuper d'enfants en bas âge ou d'un membre de la famille en situation de dépendance par exemple).

Il semblait plus facile d'un point de vue motivationnel de pratiquer une activité à plusieurs, avec un ami ou un conjoint plutôt que seul. « C'est ça qui me dérange. Faire du sport toute seul c'est PAS évident. » E.1

Des événements de vie avaient pu interrompre la pratique d'une activité physique régulière. Un déménagement, la naissance d'un enfant, ou la fin d'un abonnement en club avaient été cités. « Je ne m'étais pas réinscrite après la fin de mon abonnement (...) et très souvent je trouve des excuses pour ne pas y aller. » E.2. Les vacances d'été était une période clefs où l'assiduité était difficile à tenir ou après une longue période d'abstinence.

Parfois les interviewés considéraient leur profession suffisamment "active". Ils ne concevaient pas de devoir sur-ajouter une activité physique lorsque la dépense physique professionnelle était déjà soutenue. « J'ai déjà un métier physique moi à la base donc c'est encore moins simple de se motiver derrière parce qu'une journée à remuer des brancards et se dire qu'il faut ressortir pour faire une activité physique c'est pas si simple que ça. » E.E

2. Les facteurs favorisant la pratique d'une activité physique

La pratique d'une activité physique régulière après l'intervention n'était pas une contrainte si une telle pratique existait avant l'intervention. La notion de plaisir semblait également essentielle pour faciliter la pratique. «...le Dr C (le chirurgien ndlr) il m'avait dit qu'il fallait une activité sportive et je lui ai dit que ne me dérangeais en aucun cas. Moi quasiment tous les jours je marche, et je fais en plus 3 fois par semaine de la gym, et qui me dérange pas parce que c'est avec plaisir que j'y vais.» E.5

De manière générale, en améliorant les douleurs ostéo-articulaires les personnes se redynamisaient. «

Les professionnels de santé et l'entourage avaient un rôle important pour valoriser les patients et soutenir leur motivation dans le temps.

Les activités physiques adaptées à l'état de santé des patients avaient dû être recherchées. Celles ne demandant pas des compétences accrues avaient été plébiscitées telles que les activités aquatiques. La motorisation électrique de vélo en avait permis un usage plus fréquent. «Pour marcher. Ah non non c'est impeccable.» E.C

Il était plus facile de garder une assiduité quand l'activité physique était programmée à l'avance et régulière. «...ça se gère avec l'emploi du temps et tout c'est à nous de nous organiser quoi, de mettre une ou deux activités physiques par semaine.» E.E

D. La reprise de poids

Certains participants avaient repris du poids, et ce dès 1 an à 1 an et demi après l'intervention. La reprise de poids pouvait être progressive, insidieuse ou bien très rapide.

Les facteurs de reprise de poids étaient notamment une reprise des mauvaises habitudes alimentaires antérieures. Les causes avancées étaient multiples : l'addiction alimentaire ou des événements de vie notamment la chirurgie réparatrice des cuisses, l'arrêt de l'activité physique, le sevrage tabagique, les moments de fatigue « de mauvaise humeur » ou un « métabolisme désavantageux » était également mis en cause.

Pour ces personnes, il était difficile de se voir reprendre du poids. Cela pouvait faire naître un sentiment d'échec auquel elles n'étaient pas préparées. « On se dit putain tu as fait tout ça et puis pfff tu reprends, t'es con quoi ! » E.D « J'ai repris 10 Kg à cause de l'opération des cuisses. Ça m'a fait mal. » E.F

La difficulté décrite par les participants résidait dans le fait d'avoir supporté l'intervention, d'avoir vécu le post opératoire, et en retrouvant une remontée du poids retrouvaient les complications inhérentes. Ils décrivaient des difficultés physiques (gêne pour se mouvoir, recrudescence des gonalgies) d'autant plus difficiles à accepter que la personne s'était faite opérer pour ces problèmes-ci. Dépréciation de l'image de soi et difficultés vestimentaires étaient source d'auto-dévalorisation et d'un sentiment de mal-être.

« J'ai repris 3-4 kg (...) je ne me RE-supporte plus. » E.2

« Le mal-être (...) moins de possibilité d'agir physiquement et de me supporter.(...) me regarder dans la glace » E.4

Chaque participant a raconté la manière dont il avait géré sa reprise de poids. Certaines personnes avaient réagi rapidement dès quelques kilos repris, en reprenant rendez-vous avec le chirurgien ou en demandant une aide à l'endocrinologue lors du suivi. « J'ai pas envie que ça prenne trop d'ampleur, me faire déborder. Donc le revoir (*le chirurgien*) quitte à ce qu'il me dise « vous êtes con aussi ! » E.2

« Toutes les 2 (*avec l'endocrinologue*) (...) la prochaine fois j'aurai perdu les 2 kilos (...) c'est pas grand-chose quand même. 60 c'est sûr c'était insurmontable. » E.G

Certaines personnes ont semblé être dans le déni face à cette reprise du poids. Elles racontaient que l'épreuve de la balance était difficile. Elles appréhendaient à nouveau de se peser, moment qu'elles évitaient. Pourtant quand elles avaient dû s'y confronter, constater un poids chiffré et objectif leur avait permis de mieux réaliser l'importance de la reprise.

« Me dire non tu ne vas plus y remonter (*sur la balance*) pour pas te faire peur. Hier soir je suis montée pour peser le chat et je me suis fait peur quand j'ai vu le poids» E.D

« Je me suis dit : c'est pas possible ! Quand je me suis pesée... Parce que je me pesais plus. (...) La peur de voir que j'avais regrossi ! E.4

Ce sont ces personnes, pour qui la confrontation était difficile, qui avaient repris le plus de poids.

E. Le vécu face au changement du corps

1. Réaliser le changement d'apparence

Une distorsion cognitive : « je me trouve encore obèse »

Certains interrogés ne réalisaient pas le poids perdu. « Pour moi j'étais encore OBESE pendant 2 ans quoi. J'arrivais PAS à me rendre compte que j'avais perdu du poids » E.1

Grâce aux photographies ou au miroir

La photographie permettait de concrétiser la perte de poids et le changement d'apparence. Ce stratagème avait été pu être suggéré par l'entourage proche ou sur les conseils d'anciens opérés. « les photos (...) on me l'avait conseillé, de faire cet exercice pour le cerveau, pour qu'on se rende compte que l'évolution elle y est, parce que c'est vrai que de nous même on ne s'en rend pas compte » E.6 Le miroir pouvait refléter une image mal vécue car révélait un état de maigreur important. « J'ai l'impression que je sors d'un camp de concentration, j'ai plus de muscles, j'ai plus rien. » E.7

La diminution de la taille des vêtements

La possibilité de s'habiller à leur guise dans des tailles moins larges représentait une récompense. Mais ils pouvaient aussi renforcer le mal-être face à la nouvelle image corporelle. « Je m'habille (...) au rayon enfant, des sous-vêtements de garçons de 12 ans. » E.7

2. Accepter le nouveau corps

a. Les freins pour l'accepter

- L'excès de peau : une peau qui dérange

L'excès de peau était difficile à accepter. Sa persistance renvoyait constamment à l'obésité antérieure et rendait encore plus difficile l'acceptation du changement. « Quand il faut

rentrer dans un pantalon au chausse-pied alors qu'en soit je pourrais largement y rentrer, c'est chiant quoi. Et puis ça nous renvoie tout le temps que oui y'a eu ça. » E.2 Le constat d'un corps jugé « vide » n'était pas apprécié non plus. « Un corps gros et rempli c'est pas beau et un corps moins gros et vide c'est pas très beau » E.2 Cela pouvait entraver l'épanouissement et la liberté de faire certaines activités ou certains loisirs. « Je pourrais me permettre de mettre un maillot 2 pièces. Mais bon avec la peau qui est restée, c'est vrai que c'est un peu plus gênant quoi. » E.B

- Des seins en «gants de toilette» : quand la féminité est touchée

Des seins en « gants de toilette » était une expression fréquemment citée, terme péjoratif pour souligner l'importance de la féminité lésée. « Les seins c'est la catastrophe. C'est la CA-TA-STROPHE. (...) c'est des « gants de toilette » quoi. Ça ça me dérange ENORMEMENT » E.1

- Une atteinte à la virilité

L'amaigrissement avait réduit la virilité. L'homme interrogé éprouvait de grandes difficultés à assumer sa fonction « d'homme » et il n'arrivait plus à avoir une activité sexuelle. « Ca me bloque l'érection parce que j'ai plus de force. (...) ne plus pouvoir faire l'amour à son épouse (*il tape du poing sur la table*) c'est ... pesant. J'ai pas 75 ans quand même. » E.7

b. Facteurs favorisant l'acceptation

- Être bien entouré

L'entourage avait pu apporter une grande aide dans l'estime de soi, par l'apport de messages bienveillants et valorisants sur l'involution pondérale et la silhouette générale. « C'est important d'être entouré quoi, de ses parents, de son compagnon ou de sa compagne, de ses amis, de la famille (...) pour arriver à s'accepter quoi. » E.E

- Lutter contre l'excès de peau

Un corps en « chantier » à reconstruire par la chirurgie réparatrice

La chirurgie réparatrice était citée comme une solution, parfois considéré comme la prolongement à la chirurgie bariatrique. Le corps était comparé à un « chantier », qu'il était donc « réparable ».

Les femmes se questionnaient sur le lien qui pouvait exister entre retrouver une féminité visible et physique, et le processus d'acceptation de soi et de son corps. « On aimerait maintenant avoir une poitrine un peu plus voilà puisque on a énormément perdu de poids (...) et est-ce qu'il faut passer par la chirurgie esthétique pour s'accepter ? ». E.E

Pratiquer une activité physique pour se raffermir

Des exercices de musculation étaient tentés dans le but de se tonifier. Aucune personne interrogée n'avait poursuivi ces exercices au long cours, les jugeant peu rentables et était peu convaincu de leurs efficacités.

La chirurgie à visée esthétique

Peu d'interviewés passait ce cap. Ils ne se sentaient pas encore prêts psychologiquement. « Maintenant est-ce que j'aurais le courage de me lancer dans une autre chirurgie? Je sais pas. Parce que c'est encore une opération assez lourde. » E.E La prise en charge par l'assurance maladie était jugée insuffisante ce qui les avait déçu. L'excès de peau n'était pas suffisant et les critères fixés par la sécurité sociale non remplis. Certains événements de vie n'avaient pas permis d'envisager sérieusement cette chirurgie (déménagement, garde d'enfants ou début de grossesse). Enfin les délais opératoires avaient été jugés long, et la planification difficile.

- La féminité valorisée

Les candidates se sentaient globalement mieux dans leur peau et appréciaient leur nouvelle silhouette. La féminité pouvait de nouveau s'exprimer. « On se sent « femme ». Moi je ne me sentais plus femme du tout (...) je me comparais à une montgolfière alors pour vous dire. » E.1

Parfois les femmes la considéraient comme le point culminant des effets attendus de la gastroplastie. « On retrouve sa féminité, ça c'est...euh... l'apothéose. » E.1

- Être de nouveau soi même

L'obésité pouvait freiner des attitudes spontanées voire une personnalité. L'opération avait permis aux personnes de se reconnaître dans leurs actes et leurs attitudes. « J'ai l'impression qu'en fait je suis enfin moi même maintenant. ». E.2

3. Impact sur les relations sociales

Être plus ouvert aux autres

L'opération avait pu avoir cet effet de « déverrouillage » et permis aux patients de s'ouvrir aux autres. « J'avais pas de facilité à aller vers les autres parce que je me sentais mal dans ma peau (...) Et l'opération m'a débloquée (...) Beh du coup j'ai plus de facilité d'aller vers les autres ». E.2

Faire des nouvelles rencontres ...

De nombreux interviewés avaient fait de nouvelles rencontres. Ils avaient même parfois rencontré la personne avec laquelle ils vivaient et avec qui ils avaient fondé une famille.

... et mettre un terme à d'anciennes relations

Il était arrivé à l'inverse qu'ils mettent un terme définitif à d'autres relations, parce que la chirurgie avait paru modifier une personnalité, ou parce qu'ils se sentaient incompris par cet entourage. Leur assertivité étaient plus prononcée, au détriment parfois de leur entourage. C'était désormais à l'entourage de s'adapter à leurs changements. « C'est pas à nous de nous s'adapter aux autres c'est aux autres de s'adapter à nous et à notre opération. (...) il faut que nos amis nous acceptent tout simplement. » E.E

Un « gros joyeux » devenu un « maigre malheureux »?

Certains interrogés étaient inquiet d'avoir perdu un trait de caractère qui les définissait. « J'ai changé de caractère depuis que j'ai été opéré(...) J'étais beaucoup plus joyeuse (...) Et à partir du moment où j'ai maigri, j'ai senti que peut être j'avais plus envie aussi de rire avec eux ? » E.C Avec parfois des répercussions sur leur vie familiale et professionnelle qui s'en trouvaient détériorées. Des signes de syndrome anxio-dépressif pouvaient apparaître avec des états de tristesse et d'impuissance, des troubles du sommeil et des anxiétés jusqu'alors inexistantes. « Intellectuellement et psychiquement il est TRANSFORME. Et on passe... tout est négatif, y'a plus de rire, y'a plus de joie (...) caractériellement j'ai changé donc je suis vachement aigris (...) j'ai des choses que je n'avais pas avant genre des angoisses, jamais j'ai eu ça de ma vie, ça tremblait mais des trucs incontrôlables... » E.7

Plus de facilité au travail

Le nouveau corps avait pu faciliter une intégration dans l'activité professionnelle et son vécu, et avait même pu permettre la mise en pratique d'une formation professionnelle jusqu'ici mise de côté. « J'avais fait une formation il y a 3 ans (...) j'avais du mal à la mettre en pratique parce que justement je ne me sentais pas bien dans ma peau, maintenant je commence à la mettre en pratique. » E.1

4. Impact sur les relations intimes

Le couple en harmonie quand le nouveau corps est accepté

L'amaigrissement avait permis aux personnes de se dénuder plus facilement et de ressentir moins de gêne face au regard de leur partenaire. On retrouvait un bénéfice sur la qualité des relations intimes.

Les relations peuvent se dégrader

Les excès de peau étaient un réel frein à l'épanouissement intime. Devoir se dénuder et exposer son corps devenait une épreuve, même si le partenaire n'était pas embarrassé.

Une hypothèse avait été soulevée: le couple se dégradait car le nouveau corps n'était pas accepté. « J'ai un partenaire qui aimait les femme un peu ronde, alors est- ce que ça viendrait de là...» E.1

5. Impact sur le regard des autres

Être à présent complimenté

La perte de poids suscitait des commentaires. L'entourage félicitait cette transformation, et encourager à posteriori la décision du recours à la chirurgie. L'excès pondéral, lui, avait été très peu discuté, parfois avec remord. « On m'a jamais fait de critiques...Non. (...) Alors que maintenant que... On me dit voilà c'est bien ce que t'as fait, c'est bien, t'es bien maintenant. T'es bien MAINTENANT!» E.6

Un corps devenu publique

L'opération soulevait de nombreux regards et commentaires parfois de manières trop prononcées, comme si leur corps était désormais passé dans le domaine public, où chacun pouvait se permettre une remarque sur celui-ci, jusqu'à agacer les concernés.

Une apparence plus désirable

Les femmes retrouvaient du plaisir à séduire ce qui participaient à ce qu'elles s'apprécient en retour.

Un mode de vie qui attise la jalousie

Les regards avaient aussi eu un effet contraire, celui d'attiser la jalousie par le changement de silhouette, ou par un mode de vie devenu plus sain et plus dynamique. Cette rivalité nouvelle avait pu faire cesser des amitiés de longues dates. « J'ai eu ce cas avec des amis qui ont soi-disant accepté mon opération et tout et à partir du moment où j'ai décidé de faire ma vie avec mon compagnon d'avoir un enfant et tout ça, la jalousie est venue.» E.E

F. La prise en charge après la chirurgie bariatrique

1. Les difficultés rencontrées dans la prise en charge

a. Une insuffisance de suivi post-chirurgical

Sentiment d'être "lâché dans la nature" après l'intervention

Certaines personnes interrogées étaient étonnées, voire déçues de ne pas être suivies par le chirurgien qui les avait opérées, après l'intervention. « Moi je pensais que j'aurai été suivie par celui qui m'a opérée. » E.C Elles rapportaient le sentiment d'être livrées à elles-mêmes après l'intervention, d'être délaissées par l'équipe chirurgicale et de devoir s'organiser seules pour leur suivi post-opératoire. Elles rapportaient cependant que le chirurgien avait évoqué avec elles la question du suivi par un autre médecin. Les recommandations écrites quant à la conduite à tenir par rapport à leur nouveau mode alimentaire ne leur suffisaient pas. « Après l'intervention on est quand même (*elle siffle*) livré à nous-même. » E.D « Ils nous donnent une feuille avec les vitamines et advienne que pourra, démerde toi (...) Il n'y a aucun "service après vente" » E.7

Une absence de suivi formel

Une des participantes regrettait le fait que le suivi médical ne soit pas obligatoire comme c'était la cas avant l'intervention. Il pouvait donc y avoir un intervalle de temps important sans suivi, si le patient ne prenait pas d'initiative de voir un autre médecin que le chirurgien. « Avant de se faire opérer, on nous contraint (...) Après on nous lâche dans la nature (...) On voit le chirurgien au bout de 6 mois, mais pendant 6 mois on peut ne rien faire. Je trouve ça dommage qu'il n'y ait pas une obligation derrière » E.G

Certains opérés regrettaient de ne pas avoir de suivi davantage encadré, hormis pendant la grossesse. Une des participantes regrettait de ne pas avoir été adressée à un médecin en particulier pour son suivi au moment de son déménagement. « Non y' a pas tellement de suivi (...) On m'a pas aiguillée. » E.B Une des participantes pensait qu'à ses débuts la chirurgie bariatrique était une opération où les patients devaient être plus encadrés mais qu'avec le temps c'était « devenu l'usine (...) quand c'était plus ou moins encore en expérimentation, on était peut-être plus cocooné » E.D

Une insuffisance de suivi de la part du médecin généraliste

Certaines personnes interrogées constataient que leur médecin généraliste n'abordait pas spontanément le suivi de la chirurgie et notamment la problématique de la reprise de poids.

Cependant elles admettaient que le fait de consulter de manière sporadique et pour d'autres motifs de consultation au lieu d'avoir une consultation dédiée au suivi, participait à cela. « Si je lui demande pas certaines choses c'est pas lui qui va... C'est vrai que j'y vais très rarement aussi chez le médecin, en plus je suis très rarement malade.» E.5

L'une d'elles regrettait de ne pas être assez recadrée notamment sur sa reprise de poids. « Ils vont pas me dire certaines choses, ils vont pas être assez crus avec moi » E.D Elle reconnaissait toutefois qu'elle avait sa part de responsabilité dans le manque de recadrement qu'elle avançait. « Le problème c'est que je suis très difficile à gérer parce que je sais très bien ce qu'on va me dire, je sais très bien où je vais, donc (*rires*) j'anticipe tout ! » E.D

b. L'observance est difficile quand on se sent « guéri »

Une participante expliquait que depuis l'intervention elle ne prenait plus aucun traitement anti-diabétique et qu'elle se sentait pleine d'énergie. Il devenait alors difficile pour elle de respecter les recommandations de son médecin, comme de manger plus lentement ou se lever doucement pour éviter les malaises. « Quand on a PERDU 50 kilos et qu'on se sent plein d'énergie, qu'on vous dise « attention levez-vous doucement », non c'est pas possible ! (*rire*) » E.1

Une autre personne interrogée ne prenait pas ses vitamines car dans sa conception des choses prendre un médicament signifiait que l'on était malade, alors qu'elle était mieux depuis l'intervention. « C'est une opération qui est censée faire qu'on va « mieux » et moi me mettre des trucs dans la bouche en terme de médicament ça veut dire que je vais pas bien » E.2

Certains participants ne consultaient pas leur médecin régulièrement, mais seulement en cas de fatigue par exemple, s'ils suspectaient une carence. « Y'a pas tellement de suivi (...)

Si jamais je vois que je ressens un coup de fatigue (...) Je lui demande son avis (au *médecin généraliste*)" E.B. « C'est moi qui me suis! (rire) » E.4

c. La peur de la pesée

Les personnes interrogées qui avaient repris beaucoup de poids disaient ne plus vouloir remonter sur la balance car elles appréhendaient leur poids chiffré. (E.B, E.4) L'une d'elles expliquait que lorsque les rendez-vous étaient trop espacés elle appréhendait les consultations de suivi avec la pesée par peur d'avoir repris. « J'ai cette peur à chaque fois d'aller à l'hôpital et de faire la pesée.» E.F

d. Le sentiment d'être incompris(e)

La participante de l'entretien D expliquait les difficultés d'aborder la reprise de poids. Elle pensait qu'ils ne pouvaient pas la comprendre car ils n'avaient pas la même conception ni le même vécu émotionnel, n'étant pas comme elle, obèse. « Le problème c'est que c'est 2 maigres face à une grosse, c'est pas facile... Il y a des choses effectivement qu'ils doivent avoir plus de mal à comprendre que quelqu'un qui est obèse depuis tout petit quoi, voilà, et qui dans sa tête a une morphologie de gros. » E.D

Elle avait le sentiment que les médecins ne réalisaient pas la difficulté que cela représentait de devoir reperdre du poids, et qu'ils abordaient le sujet de manière trop pragmatique sur le fait de devoir reperdre et les conséquences d'une telle reprise. « Ils voient la partie médicale « c'est pas bon de reprendre du poids pour vos genoux », ce qui est vrai. Mais c'est pas facile non plus de le perdre » E.D Enfin selon elle, les médecins ne comprenaient pas son addiction alimentaire.

Certains participants avaient évoqué les freins pour se confier à leur médecin traitant : le fait que le médecin soit également celui de la famille, qu'il soit de sexe opposé, ou bien qu'il soit depuis peu de temps leur médecin traitant.

2. Le vécu des personnes ayant un bon suivi

Les personnes interrogées qui rapportaient un suivi régulier insistaient sur l'importance de ce suivi. « Ce suivi moi je pense il est indispensable. » E.F « Sans encadrement médical il ne faut pas faire cette opération. Avant et après surtout. » E.E Il leur permettait d'atteindre une perte de poids satisfaisante, d'éviter ou de dépister précocement une reprise de poids, de corriger des carences, d'avoir un meilleur vécu du post-opératoire. «Moi je l'ai bien vécu parce que j'ai été suivi et je le suis encore. »E.E L'absence de suivi concernant leur entourage également opéré était critiquée.

Le suivi les rassurait, apportant une validation de la part des médecins, l'assurance d'un bon déroulement en post-opératoire. Une des participantes racontait qu'à l'occasion de la chirurgie réparatrice des cuisses, elle avait repris 10 kilos. L'équipe médicale avait alors accentué la fréquence du suivi. Elle était satisfaite et rassurée de pouvoir encore bénéficier de ce suivi particulier, même après avoir reperdu du poids. « Je sais que je suis pas lâchée dans la nature, que j'ai toujours quelqu'un qui peut rectifier le tir. C'est une assurance. (...) Ils m'ont pas lâchée encore. Ça fait plaisir (*rires*). » E.F

Les consultations de suivi apportaient un temps d'écoute et de soutien. « J'en ai besoin j'crois. (*silence puis des larmes apparaissent*) Pour un soutien» E.1 « C'est un excellent médecin qui prend le temps d'écouter et ça c'est vachement important. (...) Il est plus psy (...) que une psy. » E.D La relation de confiance médecin-patient installée depuis de nombreuses années favorisait le dialogue.

Un suivi pluri-disciplinaire était apprécié des participants. Chacun des professionnels de santé ayant leur rôle à jouer. « C'est vraiment tous les professionnels de santé qui marchent ensemble avant de nous faire opérer et même après. » E.E La « passation de relais » par le chirurgien aux autres spécialistes, généraliste ou endocrinologue, à distance de l'intervention, lorsque la situation était stable, était comprise et bien vécue.

Le fait d'avoir un suivi régulier antérieur à l'intervention avait participé au bon déroulement du suivi, malgré le sentiment d'avoir été « lâchée dans la nature ».

Discussion

A. Forces et limites

1. La validité interne

Les critères d'échantillonnage ont permis d'obtenir une grande diversité dans les réponses recueillies. La saturation des données a pu être obtenue.

2. Les biais liés à la méthode d'analyse: biais d'analyse et biais d'interprétation

La double lecture et la double analyse des enregistrements ont permis de limiter ces biais. La triangulation de l'analyse a été respectée et a réduit l'influence de nos hypothèses initiales.

3. Les biais liés aux enquêteurs: biais d'intervention

Parfois nos attitudes ou nos reformulations ont pu trahir notre statut de médecin. Il s'agissait d'un premier travail de recherche qualitative. Aucun des deux chercheurs n'avait d'expérience dans la réalisation d'entretiens semi-dirigés. Ceci a pu altérer les données recueillies.

4. Les biais internes

Au cours d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, les enquêteurs ne peuvent pas vérifier la véracité des propos tenus par les personnes interrogées. Un biais de sélection existait dans notre étude. Certaines personnes ont été recrutées sur la base de connaissances personnelles ou professionnelles ce qui pose l'inconvénient de brouiller le cadre contractuel de l'entretien.

5. Les biais externes

La quasi totalité des entretiens avait été réalisée au domicile des personnes (un entretien a été fait sur le lieu de travail), avec parfois des distractions pendant les échanges qui ont pu influencer les discours.

B. Difficultés au maintien des « règles » hygiéno-diététiques et reprise de poids. Que rechercher ?

Porter la parole des personnes au sujet de leur vécu après la chirurgie bariatrique a mis en évidence les difficultés qu'elles ont pu rencontrer, et notamment celle de maintenir au long cours une bonne hygiène de vie pour stabiliser la perte de poids.

Nous allons discuter quelques points que le médecin généraliste pourrait rechercher en consultation auprès de patients qui sont en difficulté face au maintien du poids.

1. Rechercher une représentation erronée de la chirurgie

Dans notre étude, certains participants s'étaient forgés une image erronée de la chirurgie, comme solution miracle ou de facilité. Leurs attentes ne correspondaient pas à la réalité et faisait place à la désillusion et à la reprise de mauvaises habitudes hygiéno-diététiques. A contrario, nous avons constaté que lorsque le patient avait conscience que la chirurgie seule ne suffisait pas, il était alors plus acteur de sa perte de poids.

Ces données sont en accord avec la littérature internationale. Certaines études rapportent les attentes irréalistes des patients en attente d'une chirurgie bariatrique [16]. L'étude qualitative de Da Silva [17] décrivait que certains patients concevaient l'obésité comme un trait héréditaire et leur comportement alimentaire comme difficile à changer et à contrôler. La chirurgie bariatrique apparaissait alors comme le seul traitement de l'obésité, une solution miracle qui allait changer leur vie sans participation active de leur part. L'étude prospective et multicentrique de Fisher et al. [18] retrouvait qu'environ 45 % des participants pensaient que la chirurgie seule suffirait pour perdre du poids.

Les attentes irréalistes sont associées à une mauvaise observance des règles hygiéno-diététiques [19] tandis que les attentes réalistes sembleraient être un facteur de réussite [20].

Il conviendra donc de connaître les représentations et les attentes du patient vis à vis de la chirurgie bariatrique, de corriger une conception erronée afin que le patient comprenne son rôle actif dans la perte de poids.

2. Rechercher une restriction cognitive

Dans notre étude, nous avons pu constater que la manière dont les patients opérés géraient leur impulsion alimentaire influait sur une éventuelle reprise de poids. La privation totale d'aliments « plaisirs » était source de frustration, devenant grandissante avec le temps, et amenant la personne à se lâcher, voire à totalement perdre le contrôle sur ces aliments « interdits ». A l'inverse, les personnes qui s'accordaient des « petits plaisirs » au quotidien de manière raisonnable, avaient pu pallier à la frustration et éviter de « décompenser » en faisant de écarts alimentaires incontrôlés et ainsi éviter une reprise de poids.

Ces données sont en accord avec la littérature, où l'on retrouve le concept de « restriction cognitive », considérée comme un facteur déterminant du comportement alimentaire [21]. Elle concerne des individus qui restreignent volontairement leur alimentation dans le but de contrôler leur poids, s'imposant une alimentation fondée sur des règles et des interdits, et ne tenant plus compte des sensations physiologiques ni de certains appétits. Cependant, ce contrôle cognitif est difficile à maintenir dans le temps.

Le Barzic [22] explique que l'obnubilation alimentaire est le prix à payer de l'effort de répression volontaire de la pulsion à manger. Penser à « manger moins ou différemment » c'est d'abord penser à « manger ». L'aliment prohibé s'impose à la pensée avec la force lancinante de l'interdit. Le risque de désinhibition est son revers. L'individu perd le contrôle. La pulsion alimentaire se libère avec d'autant plus d'énergie qu'elle avait été réprimée.

Il conviendra donc de rechercher une restriction cognitive au cours de la consultation. Si elle est présente, Apfeldorfer [23] explique que plutôt que d'interdire ou de restreindre les aliments à haute densité énergétique, il convient de veiller à les banaliser, les dédiaboliser, de telle sorte que la personne puisse les manger sans culpabilité et, à nouveau, écouter ses sensations alimentaires. Elle limitera alors sa consommation, non plus parce qu'elle s'interdit tel ou tel aliment, mais parce qu'elle en sera suffisamment rassasiée et contentée.

3. Rechercher une addiction alimentaire

Dans notre étude, des participants décrivaient leur comportement alimentaire comme une addiction. Parmi l'ensemble des participants, ce sont ces personnes qui avaient repris le plus de poids sans pouvoir le reperdre. Nous avons pu identifier quelques points communs: une alimentation impossible à contrôler et dictée par leurs émotions, une grande souffrance si elles ne satisfaisaient pas à leur envie de manger, la conscience de leur trouble et la poursuite de ce comportement malgré la reprise de poids et ses conséquences négatives.

Dans la littérature, l'addiction alimentaire est un concept qui reste encore débattu de nos jours. Il n'existe pas de définition précise. Les études n'auraient pas démontré à ce jour l'existence d'un aliment répondant à la définition de produit addictif. La notion d'addiction comportementale fait aujourd'hui consensus [23].

Goodman [24] a proposé une définition de l'addiction comportementale comme la répétition d'actes susceptibles de provoquer du plaisir ou l'évasion d'un malaise interne, caractérisée par : l'impossibilité de contrôler ce type de comportement et la poursuite du comportement malgré les conséquences négatives importantes.

Dans leur étude, Boulanouar et al. [25] trouvaient que l'addiction alimentaire était significativement associée à une faible capacité à être à l'écoute de ses sensations corporelles telles que la faim et la satiété.

Les personnes obèses diagnostiquées comme dépendantes à l'alimentation auraient un niveau d'« alimentation émotionnelle » plus important que les autres. Il existerait une association positive entre le niveau d'alimentation émotionnelle et la sévérité des symptômes d'addiction alimentaire mais aucun lien de causalité entre les deux concepts n'a été démontré à ce jour [26].

L'alimentation émotionnelle se définit comme le fait de moduler la consommation alimentaire en réponse à ses émotions, positives ou négatives, plutôt qu'à celui de la faim ou de la satiété [26].

Selon Apfeldorfer G. et Zermati J-P [23] le moteur des addictions comportementales serait principalement un renforcement négatif. L'individu ne recherche pas tant le plaisir pour lui-même, mais pour générer des sensations intenses en vue d'éviter des émotions et

pensées pénibles, afin de rétablir l'homéostasie émotionnelle. Il se crée alors une dépendance aux conduites d'évitement : plus l'individu évite ses inconforts émotionnels et plus sa tolérance à ses émotions diminue, ce qui le conduit à augmenter ses conduites d'évitement.

Bourdier et al. [26] écrivent qu'en terme de prise en charge, les preuves scientifiques d'efficacité thérapeutique restent insuffisantes voire inexistantes pour l'addiction alimentaire. Mais au-delà d'une prise en charge nutritionnelle, la prise en compte des liens émotions/alimentation et, du coup, l'évaluation des motivations sous-jacentes à la prise alimentaire semblent essentielles.

Le sujet de l'addiction alimentaire et de la chirurgie bariatrique a été abordé par Ivezaj et al. [27] qui ont établi une revue systématique de la littérature en 2017, apportant une synthèse de 19 études. Aucun lien n'avaient été démontré entre la présence d'une addiction alimentaire pré-chirurgicale et les résultats pondéraux post-chirurgicaux. Mais comme le soulignent Ivezaj et al, ces résultats doivent être interprétés avec prudence en raison du faible nombre de travaux, des limites méthodologiques et de la petite taille des échantillons rapportés dans la plupart des études. Il leur paraît important d'engager une recherche rigoureuse, prospective avec des échantillons plus grands et plus diversifiés.

Dans notre étude, l'addiction alimentaire semblait bien compromettre le bénéfice attendu de la chirurgie. Une précision du concept d'addiction alimentaire et de futures recherches sur ce sujet dans le domaine de la chirurgie bariatrique semblent effectivement nécessaire pour adapter les recommandations et la prise en charge de ses patients. La reprise de poids s'étant faite entre 1 an et 1 an et demi après l'intervention, il semble nécessaire que les futures recherches étudient l'impact de l'addiction à distance de l'intervention.

En ce qui concerne la prise en charge, il semble nécessaire de dépister ces patients pour leur proposer une prise en charge adéquate. Soit au mieux avant l'intervention pour discuter de l'intérêt de la prise en charge chirurgicale, de les préparer puis de les accompagner en post-opératoire avec une surveillance rapprochée. Soit dans le cas d'un patient déjà opéré, de penser à rechercher, devant une reprise de poids, ce lien pathologique entretenu avec l'alimentation.

C. Comprendre l'image du corps au fil de l'amaigrissement

1. La fonction défensive du surpoids annihilée

Les générations anciennes estimaient qu'être « bon vivant » était synonyme de bonne santé. De nos jours, la puissance n'est plus symbolisée par le corps gros, mais plutôt par le culte de la minceur, symbole de vitalité et de caractère, de contrôle sur sa santé et son corps, et d'équilibre psychique. L'obèse devenant une « maladie de l'apparence » dans une société où la relation aux autres s'appuie de manière vive sur le « donner à voir » : le corps proéminent est objet de honte qu'il convient de dissimuler au regard des autres [28].

Plusieurs anciens obèses nous avouaient s'être souvent mis en retrait dans leurs contacts sociaux ou dans la société elle-même. La personne obèse est confrontée à de nombreuses stigmatisations voire de discriminations [29]. La gastroplastie avait en quelques sortes révélé une personnalité contenue dans un corps en surpoids qui les empêchait de s'affirmer. Ils se sentaient plus ouverts aux autres, allaient plus facilement au contact, ce qui favorisait l'émergence de liens sociaux nouveaux après des années d'isolement. On nous confiait que l'obésité avant la chirurgie avait inhibé certains traits de caractère. Certains interrogés semblaient inquiets d'avoir perdu une partie de ce qui les définissait avec parfois des répercussions sur leur vie de famille. La perte de poids avait pu ternir une certaine gaieté voire faire émerger un réel syndrome dépressif. Une personne nous confiait souffrir d'un trouble anxieux et d'insomnie depuis la chirurgie. Ces faits sont retrouvés dans la littérature[30]. La fonction « contra-dépressive » que pouvait exercer l'obésité et la sur-alimentation peut exposer le sujet à des risques de décompensation dépressive ou maniaque, jusqu'à des vécus de dépersonnalisation et des angoisses de morcellement, justifiant une attention particulière et un suivi psychologique rapproché.

Il apparaît important de prendre en compte la globalité du fonctionnement psychique sans se réduire à un simple problème alimentaire, car la sur-alimentation peut être motivée par d'autres raisons, conscientes et inconscientes à la fois, sur lesquelles la chirurgie bariatrique n'aura aucun impact. Attendre de la gastroplastie qu'elle inhibe et interrompe l'obésité et sa récurrence à plus long terme apparaît insuffisant pour l'approche psychologique de l'obésité et soulignée par Dumet par la fonction « défensive » de

l'obésité celle-ci pouvant être considérée comme une carapace et un « aménagement psychosomatique » [31].

Ces éléments illustrent l'importance de la fonction défensive du surpoids et les nouvelles compétences à acquérir par les candidats à la chirurgie bariatrique avec l'amaigrissement. L'obésité, plus qu'un simple problème diététique, est aujourd'hui reconnue comme de causalités pluri-factorielles ce qui requiert une compréhension non linéaire de son approche. Les conflits intra-psychiques et les modalités défensives que le sujet obèse à exploré pendant des années doivent être pris en compte car ils risquent de masquer la fonction défensive paradoxale remplie par l'obésité et de générer un déséquilibre face à ces conflits que le sujet devra gérer autrement. Les tensions internes devront trouver une autre voie d'expression que l'alimentation à présent restreinte [28]. Le patient pourrait ne pas arriver à intégrer son nouveau corps dans un ensemble psycho-somatique, ce qui lui donnerait le sentiment de ne pas se reconnaître.

2. Appréhender une image corporelle modifiée

L'image du corps appartient au registre imaginaire et demande à être distinguée du schéma corporel, qui relève d'un registre sensori-moteur et cognitif [32].

Certains interrogés de notre étude se disaient plus ouvert aux autres, ce qui avait pu occasionner des relations sociales nouvelles, et parfois causer des discordes avec d'autres quitte à y mettre un terme. Les personnes concernées justifiaient leur décisions par l'absence d'adaptation de leur entourage à leur nouveau mode de vie. La littérature explique ce fait. La chirurgie bariatrique porte atteinte à l'image du corps, constituant un trouble clinique caractérisé par l'émergence d'une différence marquée entre l'apparence et la perception idéale d'un attribut corporel par l'individu. Cette différence à des conséquences émotionnelles et comportementales, et peut affecter significativement les rapports individuels et socio-relationnels [33].

Parfois, l'entourage percevait en eux une personne différente, alors que les patients eux avaient le sentiment de ne pas avoir changé. Ceci appuie davantage encore la relation entre le corps visible et palpable, et la représentation interne que l'on s'en fait, l'image que l'on pensait renvoyer à travers lui et l'idée que s'en fait l'entourage. La littérature explorait ce point [34].

Si une personne devait recourir à la chirurgie avec des compétences cognitives limitées ou un environnement familial instable par exemple, il sera nécessaire de l'aider à s'approprier sa nouvelle image corporelle. Le médecin généraliste alterne dans son cabinet entre des patients aux profils socio-économiques diamétralement opposés, et adapte son discours et sa prise en charge globale selon les ressources qu'il suppose que son patient pourra mobiliser pour résoudre sa problématique médicale. Le concept d'image du corps et de schéma corporel est une nouvelle notion qu'il devra intégrer pour lui permettre de repérer un trouble de l'image corporelle, et lui proposer une prise en charge adaptée pour lui permettre de se réapproprier son corps [35].

Certaines personnes très obèses ne parvenaient pas à se voir minces, même après une perte de poids conséquente. La littérature avait étudié ce phénomène. L'image du corps n'est souvent pas en adéquation avec l'évolution de l'aspect corporel. Un écart significatif se creuse entre modification corporelle et persistance d'une image de soi négative après la chirurgie bariatrique, comme le souligne les recherches de Marsden qui évoque l'image du « gros corps fantôme » [36]. Cependant la majorité des études privilégient des résultats quantitatifs.

Pourtant, reconstruire des habitudes de vie et une stabilité psychique sont essentiels dans l'approche de l'après chirurgie bariatrique en médecine générale. Passer d'un état physique à un autre risque de bouleverser la stabilité psychique. Comment cela est-il vécu ? Une reconstruction psychique suit-elle spontanément une reconstruction physique ? La réappropriation de son nouveau corps passe-t-elle nécessairement par une réappropriation d'une nouvelle psyché ? Dans quelles mesures intervient la chirurgie réparatrice dans ce procédé et quelle importance lui attribuer ? Peu d'études travaillent autour de ces réflexions.

On pourrait noter les études récentes menées par Clerici et Papa [37] qui concluent que le sujet « court le risque de perdre le seul mécanisme de défense « réellement » efficace auquel il avait su recourir dans les situations relationnelles auxquelles la vie quotidienne l'avait confronté ». Dans la même perspective, Marsden s'est intéressé à l'image du corps chez les anciens obèses [36], et relève que « ... les sujets continuent de se voir obèses et l'image de soi, négative avant l'opération, ne s'améliore que très peu. Le vécu interne de semble pas évoluer vu la structure de personnalité archaïque et très résistante aux

changement de la plupart des personnes obèses ». Ces deux références ne s'intéressent qu'au vécu à court terme après une chirurgie bariatrique.

3. Une féminité bafouée, une virilité atteinte

La perte du volume et du galbe des seins entraînaient une grande souffrance pour les femmes qui ressentaient leur féminité lésée, blessée, mutilée.

Les plus jeunes femmes interrogées dans notre étude ont amené leur discours sur la nécessité du recours à la chirurgie esthétique afin de combler ce « vide » au niveau de leur poitrine par des prothèses mammaires. Elles nous faisaient part leur questionnement sur le lien qui pouvait exister entre retrouver une féminité visible et physique dans le processus d'acceptation de soi et de son corps.

Toutes avaient fait part d'une déception du manque de prise en charge au niveau chirurgicale de leur poitrine, en insistant que c'était « LA » partie du corps sur laquelle elles auraient souhaité intervenir avant tout.

Le seul homme de notre étude vivait très difficilement depuis sa chirurgie à cause de difficultés multiples. Il déclarait que sa position d'homme dans son couple ou sa famille avait été meurtri par la chirurgie. Bien que ses co-morbidités avaient disparu, il se sentait invalidé, presque handicapé par son corps qu'il ne maîtrisait plus, ce qui avait un impact majeur dans sa qualité de vie personnelle mais aussi professionnelle qu'il considérait comme médiocre depuis le by-pass.

4. La chirurgie réparatrice pour se reconstruire?

L'excès de peau était un frein majeur pour accepter le nouveau corps. Celui-ci avait même été comparé à un « chantier », où les imperfections sont visibles mais ajustables par la chirurgie réparatrice par exemple.

Si la chirurgie réparatrice reste la solution, seulement une participante de notre étude en avait bénéficié. Le fait que celle-ci ne soit pas prise en charge par les assurances maladies restait un obstacle majeur car représentait un coût important.

On pourrait se demander alors si une revalorisation des conditions d'accès à cette chirurgie permettrait d'atténuer le sentiment de distorsion de leur image corporelle et ainsi un meilleur vécu?

Une thèse relevait que la chirurgie reconstructrice apportait un bénéfice supplémentaire à la qualité de vie générale des personnes ayant fait une chirurgie bariatrique, et posait la question d'une revalorisation de ces interventions auprès des assurances maladies [38].

Les femmes plus âgées n'envisageaient pas d'avoir recours à cette nouvelle chirurgie. Ce que nous retrouvons dans la littérature, où un âge avancé semblait contribuer à les interioriser et accentuaient leur exclusion dans le domaine de la séduction [39] [40] [41].

5. Comprendre son image à travers la photographie

La photographie était souvent citée comme une aide dans le processus de représentation de l'image de soi. Les photos avaient permis aux patients de passer d'une phase de contemplation de leur corps dans le sens où ils ne s'y sentaient pas forcément investi et peu en phase avec lui, à une phase d'action où ils avaient décidé d'agir pour leur permettre d'accepter plus facilement ce corps.

La littérature retrouve cet impact positif. Des psychothérapies par médiation photographique ont une évolution positive de l'image du corps en oncologie [42].

Il serait alors intéressant de quantifier par une approche prospective le rôle de la photographie dans le vécu de chirurgie bariatrique et dans ce processus d'acceptation du nouveau soi. Serait-ce un outil à proposer aux patients afin d'améliorer leur vécu ?

D. Le rôle de l'entourage dans le vécu

1. Intégrer des relations interpersonnelles différentes

Après la chirurgie, notre étude relevait les relations interpersonnelles modifiées, et de nouveaux rapports aux autres se sont construits. La famille était bouleversée, les relations de couples s'étaient améliorées, mais d'autres relations pouvaient devenir plus compliquées (jalousie naissante du conjoint car corps érotisé du patient opéré). Un sentiment d'être enfin en accord avec eux-même et l'émergence d'une nouvelle vie avaient pu modifier les rapports avec l'entourage au point de créer de nouvelles liaisons et de mettre terme à d'autres. La littérature confirme ces modifications relationnelles et retrouve que les réactions de l'entourage face à ces transformations peuvent renvoyer à une différence de normes et de représentations entre le patient et le monde médico-social [43]. Il semblerait qu'une participation active aux différentes étapes de la chirurgie bariatrique favorisaient les relations familiales.

Une autre étude suppose que la perte de poids nécessite la réappropriation d'un nouveau corps et de nouveaux comportements dans un ensemble de désorganisations-incorporations et de pertes de symboliques. La façon dont l'individu va percevoir ces pertes et s'ajuster est déterminée par sa manière d'appréhender son environnement, ses représentations de soi, de sa la maladie etc. Or pour s'adapter, le patient opéré se transforme et transforme ses relations à lui même, à son corps et à la société [44].

2. Une aide à la stabilisation pondérale

Dans notre étude, la famille avait une influence majeure dans le maintien du poids par le respect des mesures hygièno-diététiques recommandées. La littérature confirme que l'entourage favorise l'adaptation du patient aux instructions médicales [45]. Dans certains cas, la famille des interrogés adoptait des changements de mode de vie et notamment un meilleur équilibre alimentaire. Subir cette intervention sans être entouré positivement entraîne des répercussions psychologiques et sociales, empêchent le patient de vivre correctement les changements et rendent difficiles l'affront du regard des autres en toute liberté. En effet, les personnes chez qui l'entourage était présent au quotidien pour l'élaboration des repas ou juste s'y intéressaient, déclaraient qu'elles se sentaient davantage soutenu et comprise, ce qui participait à leur motivation. Une interrogée

indiquait que l'activité physique lui était difficile seule, mais qu'elle y serait plus disposée si son compagnon l'accompagnait.

La majorité des patients affirmaient avoir le soutien de leur famille et amis avant, pendant et après l'intervention. Leur présence avait été un véritable atout. Cet apport dans la chirurgie bariatrique est retrouvé dans la littérature [46].

3. Une aide à vivre le changement du corps

L'implication de l'entourage et ce dès le parcours pré-opératoire avait un place importante dans le vécu post opératoire, et pouvait favoriser les rapports intra-familiaux par la compréhension de ce que l'opéré devait endurer au quotidien et quelles étaient ses difficultés, notamment l'acceptation de soi et de son corps, pour lui permettre de surmonter cette étape.

Lors de la période pré-chirurgicale, il pourrait s'avérer intéressant de sensibiliser le patient à l'importance de l'implication de son entourage. Le médecin pourrait lui illustrer les influences de la famille et des proches sur le vécu après l'opération. Sa qualité de vie en découlera.

E. Un suivi insuffisant. Comment le médecin généraliste pourrait-il améliorer le suivi des patients bariatriques ?

Le constat

Le suivi des personnes ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique a fait l'objet de recommandations en 2009 par la Haute Autorité de Santé [2]. Cette dernière insistait sur l'importance d'assurer un suivi, à raison de 4 consultations la première année puis de 1 à 2 consultations annuelles, en l'absence de complication ou de reprise évolutive de la maladie, et ceci la vie durant.

Pourtant dans notre étude, nous avons pu constater que certaines personnes interrogées étaient insuffisamment suivies voire ne l'étaient pas du tout.

Ce constat est en accord avec la littérature : le suivi à moyen et long terme est très insuffisant.

En France, l'Académie Nationale de Chirurgie a communiqué en 2015 au cours d'une réunion d'expert, que la moitié des patients opérés n'étaient plus suivis par les centres spécialisés dès la deuxième année [47]. En 2016, l'analyse des données de l'assurance maladie concernant une cohorte nationale de patients opérés en 2009 a également mise en évidence une insuffisance du suivi médical [48] [49]. Cinq ans après la chirurgie, la qualité du suivi pouvait être considérée comme satisfaisante chez seulement 12 % des patients [50]. L'étude de Bordaberry P. de 2017 réalisée dans un centre spécialisé de Bordeaux retrouvait également un taux important de patients perdus de vue qui s'accroissait avec les années [51].

Ce phénomène est également retrouvé dans la littérature internationale, comme en témoigne le projet suédois SOS débuté en 1987. Entre 10 et 15 ans après la chirurgie le nombre de patients suivis passe d'environ 50 % à 8 % de la cohorte initiale [6].

Une insuffisance de suivi préjudiciable pour le patient

Dans notre étude nous avons constaté qu'une insuffisance de suivi pouvaient entraîner une observance insuffisante des règles hygiéno-diététiques et une reprise de poids. A l'inverse ceux qui rapportaient un suivi régulier, décrivaient une meilleure mise en application des règles hygiéno-diététiques, une stabilisation de la perte de poids ou du moins une prise en charge plus précoce lors d'une éventuelle reprise.

Ces données sont en accord avec la littérature.

Le Pr Pattou déclarait lors de la réunion de l'Académie Nationale de Chirurgie de 2015 qu'en l'absence de suivi, la reprise de poids est inexorable après la chirurgie [47]. Les études de Freire et al. [52] (Brésil) et Te Riele [53] (Pays Bas) montrent en effet que le manque de suivi est associé à une reprise de poids. Par ailleurs ces patients encourent des risques de complications neurologiques (carence en vitamines B1 et B12) d'autant plus graves qu'elles sont insidieuses car survenant parfois plusieurs années après l'intervention chirurgicale [50].

Ceci souligne bien toute l'importance de la nécessité d'un suivi à vie pour prévenir la survenue de complications telles que les carences dont certaines peuvent conduire à des atteintes neurologiques graves ou d'une reprise de poids importante.

Quel place dans le suivi pour le médecin généraliste ?

Selon les données de l'assurance maladie [48] parmi les 16 000 personnes primo-opérées en 2009 et ayant au moins une consommation de soins jusqu'en 2013, plus de 85 % ont consulté un médecin généraliste chaque année (4 fois/an). L'étude de P. Bordaberry retrouvait que la plupart des patients perdus de vue du centre spécialisé n'étaient vus par la suite que par leur médecin traitant [51].

Dans la littérature, le recours au médecin généraliste semble être la solution pour pallier à l'insuffisance de suivi de ces patients, en recentrant la prise en charge autour des médecins généralistes, après formation spécifique, en coordination avec les autres professionnels de santé, afin qu'ils puissent assurer le suivi à long terme [48] [49] [54] [55].

L'Académie Nationale de Médecine s'est ainsi exprimée dans un rapport de Décembre 2017 qui recommande que les médecins généralistes contribuent au parcours de soins de ces patients.

Pour autant dans notre étude nous avons constaté que le suivi par le médecin généraliste faisait face à certaines difficultés au vu de la manière de consulter de certaines personnes interrogées.

En effet certains participants ne s'astreignaient pas à un suivi régulier en post-opératoire et ne consultaient que lorsqu'ils se sentaient fatigués et qu'ils suspectaient une carence. Ces patients n'étaient donc vus par le médecin qu'en cas de problème de santé, de complications. De plus certains opérés ne consultaient pas au cours de consultation *dédiée* au suivi, mais seulement à l'occasion d'affections aiguës. Nous comprenons bien que dans ces situations, le médecin manquera de temps pour approfondir voire aborder le suivi de la chirurgie. Le problème dans cette conception de la consultation, de ne « pas venir pour rien » (E.D), c'est le risque de ne pas venir du tout voir son médecin traitant, comme certains opérés le déclaraient, faute d'être malade.

Ces données sont en accord avec des résultats de l'étude de A. Dembinski [55] sur l'évaluation des pratiques des médecins généralistes en Picardie. 98 % des médecins n'avaient pas de contacts réguliers ou programmés, avec le patient, dédiés au suivi post-chirurgie bariatrique. Les deux tiers assuraient un suivi davantage pour les co-morbidités ou lors de consultations d'opportunité pour d'autres motifs.

Comment le médecin généraliste pourrait-il améliorer le suivi des patients bariatriques ?

C'est ce dont nous allons essayer de discuter en abordant quelques points qui nous semblent importants, et ce à la lumière de nos résultats et des données de la littérature.

1. Prendre part à la prise en charge de l'obésité avant la chirurgie

Dans notre étude, des participants rapportaient que leur médecin traitant n'avait pas soulevé, avant l'intervention, le problème de l'obésité avec eux. On comprend donc mieux pourquoi certaines personnes n'ont pas abordé la démarche de vouloir se faire opérer avec leur médecin, et allaient consulter directement un chirurgien.

Dans la littérature les patients ne savent pas toujours à qui adresser leurs questions en post-opératoire. Le médecin généraliste n'a pas toutes les informations. Habituellement identifié par les patients comme le référent de leur santé, il est parfois peu impliqué dans le parcours du patient dans sa prise en charge de l'obésité [56].

Si le médecin n'était pas impliqué dans la prise en charge de l'obésité avant l'intervention, on peut concevoir que le patient ne consacre pas au généraliste une place privilégiée dans sa prise en charge après l'intervention.

Une meilleure implication par le médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité de sa part pourrait peut-être améliorer le suivi. Le patient identifierai alors son médecin traitant comme soignant référent de sa maladie.

Pour autant on peut imaginer que même si le médecin faisait le maximum pour s'impliquer dans la prise en charge de l'obésité, il existerait toujours des patients dont la prise en charge échapperait au médecin, d'autant plus si le patient consulte peu.

Dans ce cas, ne pouvons-nous pas imaginer que, pour que le patient puisse consulter un chirurgien, il faille qu'il soit obligatoirement adressé par son médecin traitant ?

C'est d'ailleurs le cas aux Pays Bas. Le médecin généraliste adresse les patients aux cliniques de l'obésité lorsqu'une opération est envisagée [50].

Si nous faisons de même, il y aurait ainsi une consultation en pré-opératoire dédiée à la question de la chirurgie avec le médecin généraliste. Il aurait ainsi connaissance de la décision du patient de se faire opérer, prendrait part dans le processus décisionnel en apportant son avis médical, et discuterait avec le patient du suivi après l'intervention. Le médecin généraliste serait alors intégré avant l'intervention à la prise en charge.

2. Dédier des consultations au suivi

Dans notre étude nous avons pu constater que le suivi de certains participants se déroulait seulement à l'occasion de consultations pour un tout autre motif, laissant peu de place pour aborder en profondeur la prise en charge spécifique post chirurgie bariatrique.

Il paraît donc nécessaire de privilégier des consultations dédiées au suivi. Les consultations pour d'autres motifs de consultation sont tout de même autant d'opportunités pour rappeler au patient l'importance d'un suivi spécifique et d'y consacrer en conséquence le temps nécessaire.

3. Programmer le suivi

Dans notre étude certains opérés regrettaient de ne pas avoir de suivi encadré après l'intervention, et d'avoir le sentiment d'être « lâché dans la nature » (E.G), d'être « livré à eux-même » (E.D). Ceci contrastait avec leur prise en charge pré-opératoire, intense, multi-disciplinaire, très encadrée et obligatoire pour avoir l'entente préalable.

Une étude qualitative française appuie également ce sentiment. la période post-opératoire est la période sur laquelle les patients se posent le plus de questions et en général, les patients se sentent perdus à l'issue de l'opération. Les patients expliquent ainsi qu'une fois rentrés chez eux, ils ont le sentiment d'être livrés à eux-mêmes. Ce sentiment pouvant être notamment expliqué par le décalage entre la période préopératoire, intensive, notamment en termes d'informations fournies aux patients et l'autonomie laissée en post-opératoire [56].

Dans notre étude une participante soulevait l'intérêt de rendre obligatoire le suivi à l'image du suivi pré-opératoire, au lieu de seulement le suggérer.

Mais avant d'en arriver là, il y a certainement des points que nous pourrions améliorer.

Pour lutter contre le sentiment des patients d'être livrés à eux même, ne sachant pas à qui s'adresser pour le suivi, il semble important que le patient soit déjà informé de son suivi avant l'intervention et notamment de la place que tiendra son médecin généraliste dans ce suivi. C'est d'ailleurs au cours de la consultation pré-opératoire avec le médecin traitant

que nous avons évoqué précédemment que ce dernier pourrait déjà lui signifier qu'il assurera également le suivi aux côtés des autres professionnels de santé.

Par ailleurs dans notre étude nous avons pu constater pour certains participants une rupture nette entre le suivi pré-opératoire, imposé et programmé et la période post-opératoire, où c'était au patient de faire la démarche de prendre les rendez-vous.

Des consultations programmées pourraient-elles favoriser un meilleur suivi ?

L'Académie Nationale de Médecine recommande de personnaliser le parcours de soins et d'accompagner le patient, par exemple par des rappels automatiques de consultations[50].

Dans le livre blanc il est préconisé d'anticiper et de planifier le parcours du patient afin de désamorcer les angoisses du patient et de favoriser l'observance. Ce principe est recommandé à l'ensemble des centres spécialisés, mais ne pourrait-il pas s'appliquer également aux médecins généralistes ? Ce système aurait également pour avantage de permettre d'affiner la sélection des patients et de réduire le risque d'échecs thérapeutiques [56].

Des consultations programmées sembleraient donc intéressantes dans le suivi. Et ceci d'autant plus pour prévenir des freins à la consultation.

Dans notre étude, la reprise de poids semblait être un frein pour venir consulter.

La reprise de poids pouvait être source pour certains participants de sentiments d'échec et de culpabilité. Cela pouvait les conduire à éviter toute confrontation de cette réalité: avec eux-même et avec leur médecin. L'épreuve de la balance était difficile pour certains, qui appréhendaient à nouveau de se peser. Pourtant, se confronter au poids chiffré était nécessaire pour qu'ils aient un « déclic », car se voir reprendre du poids ne suffisait pas toujours pour réagir.

On retrouve ses données dans la littérature : la reprise de poids à distance de la chirurgie est souvent perçue, faute d'une information suffisante en amont, comme un échec personnel. Cette situation dissuade souvent les patients de consulter l'équipe bariatrique ou le médecin généraliste.

Alors que pour toutes les techniques, il existe une reprise de poids dont le patient doit être informé et qui nécessite un suivi nutritionnel sur le long terme [57].

4. Responsabiliser le patient

Dans notre étude, certains opérés décrivaient la difficulté de respecter une bonne observance vis à vis des recommandations médicales, des suppléments vitaminiques, quand on se sent bien, quand on est guéri de son diabète, guéri de son obésité...

Dans la littérature on retrouve également cette notion, qu'une fois opérés, les patients pouvaient se considérer comme guéris, « alors qu'ils restent malades » comme le souligne le Pr Pattou [47]. Ils sont souvent dans une période d'euphorie, traditionnellement appelée « lune de miel », liée à la perte spectaculaire de poids. S'estimant guéris ils méconnaissent qu'un suivi est nécessaire ou sont réticents à l'idée de le poursuivre [56].

A ce titre, il est essentiel de responsabiliser le patient afin que ce dernier se sente impliqué dans son suivi[56]. Il serait donc nécessaire qu'il soit parfaitement informé avant l'intervention de l'importance du parcours de soins après la chirurgie [47]. Il est primordial que le médecin généraliste, ayant diverses occasions de voir le patient, lui rappelle la nécessité de ce suivi [55].

Dans la littérature on retrouve l'idée de la mise en place d'un carnet-patient contenant notamment l'ensemble des informations sur l'opération et les éléments de suivi [56] [55] [58]. Il permettrait ainsi de responsabiliser le patient dont l'implication dans le suivi est indispensable.

5. S'impliquer dès le post-opératoire immédiat

La littérature rapporte que les médecins généralistes proposent un suivi périodique rapproché au cours de la phase post-opératoire [54]. Dans une étude, 90 % des médecins généralistes pensaient que leur rôle était important dans le suivi et un peu plus de la moitié estimait nécessaire un suivi mensuel la première année suivant la chirurgie [55].

L'implication du généraliste dès les premiers temps du post-opératoire pourrait poser les bases pour permettre un suivi de qualité sur le long terme.

6. Adapter la périodicité des consultations

Dans notre étude, une des participantes était satisfaite d'être suivie tous les mois encore 3 ans après l'intervention, et ce depuis qu'elle avait repris du poids. Cela la rassurait. Pour une autre participante le suivi biannuel lui convenait.

En effet il semble important d'adapter le suivi en fonction des patients et de leurs besoins.

Ceci rejoint les propos du Pr GUGGENHEIM [47], selon qui, la périodicité du suivi doit s'adapter à chaque cas en fonction de la gravité de la maladie, de son mode évolutif, et de la personnalité du patient.

7. Prévoir une consultation systématique à 12-18 mois

Dans notre étude, les participants concernés par une reprise de poids, ont déclaré avoir repris dès 1 an à 1 an et demi après l'intervention, période sensible d'un certain relâchement des règles hygiéno-diététiques.

Dans la littérature, le projet suédois SOS rapporte une perte de poids maximale 1 à 2 ans après la chirurgie puis une reprise de poids progressive les années suivantes. Le poids semble se stabiliser après 10 ans [6].

Une consultation systématique à 12-18 mois semble donc être pertinente pour accompagner au mieux les patients au cours du suivi.

Conclusion

La chirurgie bariatrique est une pratique en plein essor dans la prise en charge de l'obésité.

Cette étude qualitative, menée auprès de personnes ayant eu recours à une chirurgie bariatrique il y a au moins 2 ans, avait pour objectif d'étudier les difficultés rencontrées et de proposer des pistes d'amélioration du suivi par les médecins généralistes.

La principale difficulté exprimée par les personnes interrogées était celle de maintenir à long terme la perte de poids obtenue à l'aide de la chirurgie. Cette difficulté était intimement liée aux difficultés de poursuivre une bonne hygiène de vie, alimentaire et physique, et un bon suivi.

Parmi les personnes qui présentaient des difficultés à maintenir une bonne hygiène alimentaire, nous avons pu retrouver chez eux une représentation erronée de la chirurgie, comme solution miracle ou de facilité, une restriction cognitive, voire la présence d'une addiction alimentaire. Leur recherche par l'interrogatoire permettrait de dépister des personnes à risque d'échec qu'il conviendra d'accompagner de façon intensive.

Nous avons également constaté une insuffisance de suivi. Il nous paraît important que la prise en charge par le médecin traitant soit systématisée et plus structurée. Il pourrait notamment s'impliquer dès le post-opératoire immédiat, programmer ensuite des consultations spécifiques de cette problématique en adaptant la fréquence aux attentes et besoins des patients, et instaurer une consultation systématique à 12-18 mois.

Par ailleurs, une perte de poids importante en un temps restreint est susceptible de provoquer un bouleversement de l'équilibre psychique. La relation que le patient entretient avec son poids est à étudier afin de prévenir des décompensations psycho-affectives voire psychiatriques. Le rôle de la photographie face au changement physique serait intéressant à étudier sur ce vécu. Les médecins doivent intégrer ces notions psychologiques et sociologiques au moment d'aborder le candidat à la chirurgie bariatrique, afin d'anticiper ses difficultés et de lui permettre de faciliter son adaptation face au changement du corps.

Enfin, il conviendra d'impliquer l'entourage du patient dès la période pré-opératoire en le valorisant sur son rôle auprès du patient. Il favorise en effet l'observance par le patient des mesures hygiéno-diététiques recommandées et un meilleur vécu. Il s'avère alors essentiel de lui faire intégrer son influence après l'opération.

Vu

Toulouse le 5/06/2018



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 05/06/18

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



Bibliographie

- 1: Anderson JW, Konz EC, Frederic RC, et al. Long-term weight loss maintenance : A meta-analysis of US studies. *Am J Clin Nutr* 2001;74:579-84.
- 2: HAS. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte, Synthèse des recommandations de bonne pratique, 2009.
- 3: Phan F, Oppert JM, Andreelli F. Synthèse des recommandations interdisciplinaires européennes sur la chirurgie bariatrique et métabolique. *Médecine des Maladies Métaboliques*, Décembre 2014 , volume 8, N°6.
- 4: Picot J, Jones J, Colquitt JL, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2009;13:1-190.
- 5: Colditz GA. Economic cost of obesity. *Am J Clin Nutr* 1992; 55: 503-7.
- 6: Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish Obese Subjects. *N Engl J Med* 2007; 35 :741-52.
- 7: Buchwald H, Rudser KD, Williams SE, et al. Overall mortality, incremental life expectancy, and cause of death at 25 years in the program on the surgical control of the hyperlipidemias. *Ann Surg* 2010; 251: 1034-40.
- 8: Reinhold RB. Critical analysis of long term weight loss following gastric bypass. *Surg Gynecol Obstet* 1982; 155: 385-94.
- 9: O'Brien PE, Dixon JB, Brown W, et al. The laparoscopic adjustable gastric band (Lap-Band®) : A prospective study of medium-term effects on weight, health and quality of life. *Obes Surg* 2002; 12: 652-60.
- 10: Puzifferri N, Roshek TB 3rd, Mayo HG and al. Long terme follow up after bariatric surgery a systematic review. *JAMA*. 2014 September 3; 312(9): 934–942.
- 11: Rivet P, Verkindt H, Pigeyre M. et al. Étude des freins et des attentes des médecins généralistes dans le suivi des patients après chirurgie bariatrique, *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 12es Journées Francophones de Nutrition, 2014.
- 12: Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. Armand Colin, 2ème édition, 2014, ISBN 987-2-200-248093.
- 13: Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L. et al. Introduction à la recherche qualitative, *Exercer la revue française de médecine générale*, 2008;84:142-5.
- 14: Letrilliant L, Bourgeois I, Vega A. et al. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d' «acteur» à «Interdépendance», *Exercer la revue française de médecine générale*, 2009;87:74-9.

- 15: Dushesne S, Haegel F. L'enquête et ses méthodes. L'entretien collectif. Armand Colin, 2009, ISBN 978-2-200-35462-6.
- 16: Bauchowitz A, Azarbad L, Day K, Gonder-Frederick L. Evaluation of expectations and knowledge in bariatric surgery patients, 2007, Volume 3, Issue 5, Pages 554–558.
- 17: Da Silva Pires E. Opinions et expériences des médecins généralistes concernant la chirurgie bariatrique : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse de doctorat en médecine, Université, Université de Tours, 2011.
- 18: Fischer L, Nickel F, Sander J and al. Patient expectations of bariatric surgery are gender specific, a prospective, multicenter cohort study. *Surgery for obesity and related disease*, 2014 May-Jun;10(3):516-23.
- 19: Poole N.A, Atar A.A, Kuhanendran D. et al. Compliance with Surgical After-care following Bariatric Surgery for Morbid Obesity: a Retrospective Study. *Obesity Surgery*, 2005, Volume 15, pp 261–265.
- 20: Van Hout G.C.M, Verschure S.K.M. et Van Heck G.L. Psychosocial Predictors of Success following Bariatric Surgery, *Obesity Surgery*, 2005, volume 15, pp 552–560.
- 21: Herman CP, Mack D. Restrained and unrestrained eating, *Journal of personality*, 1975, 43, 647-660.
- 22: Le Barzic M. Le syndrome de restriction cognitive : de la norme au désordre du comportement alimentaire, *Diabetes & Metabolism*, Vol 27, N° 4 - septembre 2001, p. 512
- 23: Apfeldorfer G, Zermati J-P. Addiction aux aliments, à un comportement alimentaire, restriction cognitive, conséquences. *Pratiques en nutrition*, Volume 13, numéro 52, 2017.
- 24: Goodman A. Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*. 1990;85(11):1403-1408.
- 25: Boulanouar L, Locatelli L, Meuli V, Pataky Z, Golay A. Troubles du comportement alimentaire, addiction à la nourriture et chirurgie bariatrique, *Rev Med Suisse* 2017; volume 13. 647-649.
- 26: Bourdier L, Berthoz S, Romo L, Ballon N, Brunault P. Alimentation émotionnelle et addiction à l'alimentation. *EMC - Psychiatrie* 2017;15(1):1-8 [Article 37-396-A-50].
- 27: Ivezaj V, Wiedemann AA, Grilo CM. Food addiction and bariatric surgery: a systematic review of the literature. *Obes Rev*. 2017 Dec;18(12):1386-1397. doi: 10.1111/obr.12600.
- 28: Lighezzolo J, Blanchouin C. Gastroplastie et modifications corporelles: réflexion psychodynamique, Volume 80, numéro 9, Novembre 2004.
- 29: Carof S. Les représentations sociales corps « gros », un enjeu conflictuel entre soignants et soignés, *Anthropologie & Santé*. Avril 2017.

- 30: Dumet N. Echecs et limites d'une prévention de l'obésité chez l'adulte. Peut-on prévenir la psychopathologie ?. Paris : L'harmattan, 2001.
- 31: Dumet N. Clinique des troubles psychosomatiques. Approche psychanalytique. Paris : Dunod, 2003.
- 32: Anzieu D, Chabert C. Les méthodes projectives. Paris, PUF 1983. (9ème édition mise à jour en 1992)
- 33: White CA. Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psychooncology* 2000 ; 9 : 183-92.
- 34: Sanglade A. Image du corps et image de soi au Rorschach. *Psychologie Française* 1983 ; 28 :104-11.
- 35: Reich M. Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique, Travail présenté lors des 27es Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, Lille, 2008.
- 36: Marsden E, Michel A, Mormont C. Study of the impact of a gastroplasty on the self-image through the Rorschach. *Rorschachiana* 1999 ; XXIII : 43-5.
- 37: Clerici M, Papa R. Le vécu du soi corporel et le test de Rorschach dans l'obésité grave en traitement médical-chirurgical. *Ann Med Psychol (Paris)* 1990 ; 148 : 483-94.
- 38: Modarressi G, Seyed Ali. Les bénéfices de la chirurgie plastique des séquelles de la chirurgie bariatrique sur la qualité de vie, Thèse de doctorat, Univ Genève, 2008.
- 39: Détrez C. La construction sociale du corps. Paris, Seuil, 2002.
- 40: Delanoë D. Sexe, croyances et ménopause. Paris, Hachette, 2006.
- 41: Bajos N, Bozon, M. « Les transformations de la vie sexuelle après cinquante ans : un vieillissement genré », *Vieillir*, <http://gss.revues.org/21656>, 2011.
- 42: Lantheaume S, Fernandez L, Lantheaume S et al. Cancer du sein, image du corps et Psychothérapie par Médiation Photographique (PMP), *Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique*; Volume 174; Issue 5; Juin 2016; 366-373.
- 43: Croiset F, Ader S. Chirurgie de l'obésité et qualité de vie ses facteur déterminants et son évaluation Aurélie Diabète & Obésité, vol. 9, numéro 79, Mai 2014.
- 44: Faulconbridge LF, Wadden TA, Thomas JG et al. Changes in depression and quality of life in obese individuals with binge eating disorder: bariatric surgery versus lifestyle modification. *Surg Obes Relat Dis* ; volume 9, 2013, 790-6.
- 45: Christou NV, Sampalis JS, Liberman M et al. Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidity obese patients. *Ann Surg* 2004 ; 240, : 416-23.
- 46: Zwaan M, Mitchell JE, Howell LM, et al. Characteristics of morbidité obèse patients before gastric by-pass surgery, *Comprehensive Psychiatry*, 44, 2003,428-34.

- 47: Académie Nationale de Chirurgie. Réunion d'experts sur le « suivi du patient après chirurgie bariatrique », Paris, 30 janvier 2015. Le communiqué de presse et les articles sont disponibles en ligne sur <http://www.academie-chirurgie.fr>.
- 48: Cuerq A, Païta M, Lesuffleur T et al. Le suivi médical quatre ans après chirurgie bariatrique en France, selon les données de l'Assurance maladie, *Diabetes & Metabolism*, volume 43, Supplément 1, Mars 2016, page A84.
- 49: Thereaux J, Lesuffleur T, Czernichow S, Paita M, Basdevant A, Msika S, Nocca D, Millat B, Fagot-Campagna A. Quelle est la réalité du suivi médical après chirurgie bariatrique : résultats à 5 ans de la base de données SNIIRAM, *Journal de Chirurgie Viscérale*, Volume 153, Issu 4, Supplément 2, Sept 2016, Page A5.
- 50: Académie Nationale de Médecine. Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique, rapport adopté le 5 Décembre 2017.
- 51: Bordaberry P. Étude descriptive des patients perdus de vue après chirurgie bariatrique au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux et de leur devenir. Thèse de doctorat en médecine générale. Université de Bordeaux. Novembre 2017.
- 52: Freire RH, Borges MC, Alvarez-Leite JI, et al. Food quality, physical activity, and nutritional follow-up as determinant of weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. *Nutrition*, 2012 Jan;28(1):53-8.
- 53: Te Riele WW, Boerma D, Wiezer MJ, et al. Long-term results of laparoscopic adjustable gastric banding in patients lost to follow-up. *Br J Surg*, 2010;97(10):1535-40.
- 54: Dehghani Kelihadi L. Place actuelle et perspectives du médecin traitant après chirurgie bariatrique : quel parcours de soin idéal ?, Thèse de doctorat en médecine, Université Paris Descartes, 2014.
- 55: Dembinski A. Le suivi nutritionnel et métabolique post chirurgie bariatrique par le médecin généraliste : connaissances, pratiques et perspectives d'amélioration. Thèse de doctorat en médecine générale. Université d'Amiens. Septembre 2016
- 56: Groupe de travail « Chirurgie bariatrique – Améliorer le suivi postopératoire des patients ». Livre blanc : Chirurgie bariatrique améliorer le suivi postopératoire des patients. Édité par le CNAO. 2015. Disponible en ligne sur <http://www.obesite-solution-chirurgie.fr>, consulté le 31/03/2018.
- 57: Poitou-Bernert C, Veyrie N. Que sait-on du suivi à long terme des patients ayant subi une chirurgie bariatrique ?, *réalités en nutrition et en diabétologie* # 36, Octobre 2011.
- 58: Rivet P, Verkundt H, Pigeyre M, Romon M, Pattou F. Etude des freins et des attentes des médecins généralistes dans le suivi des patients après chirurgie bariatrique, Elsevier Mason, 2015.

Annexes

Annexe 1 : Lettre d'information à l'attention des patients

Dans le cadre de nos études de médecine générale, nous réalisons un travail de recherche sur l'expérience de personnes ayant eu recours à une chirurgie de l'obésité.

Si vous acceptez d'apporter votre contribution à notre travail, votre médecin nous transmettra vos coordonnées et nous vous contacterons afin de convenir ensemble d'un rendez-vous.

Lors de cette rencontre, nous réaliserons un entretien individuel qui sera enregistré afin de recueillir au mieux votre témoignage. Celui-ci sera analysé de manière totalement anonyme.

En vous remerciant.

Thomas FOURNIE et Marie-Laure PELFRESNE

Annexe 2 : Formulaire de consentement à la participation

Vous êtes invité(e) à participer à une étude concernant l'expérience de personnes ayant eu recours à une chirurgie de l'obésité. La conversation sera enregistrée dans le but de retranscrire fidèlement les données de l'entretien. Celui-ci sera analysé de manière totalement anonyme et exploité dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale.

Droit de retrait sans préjudice de la participation.

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à celle-ci sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Si vous veniez à vous retirer de l'étude, demandez-vous à ce que les documents audios et écrits vous concernant soient détruits?

Oui Non

Consentement libre et éclairé

Je soussigné(e), _____ (nom, prénom), déclare avoir lu et compris le présent formulaire, et, en avoir reçu un exemplaire.

Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Fait à _____, le _____ 2017

Signature :

Marie-Laure PELFRESNE et Thomas FOURNIE.

Annexe 3 : Avis de la Commission Éthique du Département de Médecine Générale de Midi-Pyrénées



Département
Universitaire
Médecine
Généraliste

Faculté de Médecine de Toulouse
135, route de Narbonne
31062 Toulouse Cedex
Université Paul Sabatier
Toulouse III

Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées

Secrétariat : *Dr Motoko DELAHAYE*
30 Avenue des Arcades, 12000 Le Monastère
Tél. : 05.65.42.58.69 – Tél. Port : 06.88.05.55.52 – motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr

Président : Mme Laurencine VIEU
Secrétaire : Mme Motoko DELAHAYE

AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE MIDI-PYRENEES

Renseignements concernant le demandeur :

Thomas FOURNIE, médecin remplaçant, 22 rue Pierre Paul Riquet, 31320 Péchabou
fournie.thomas@gmail.com, 06 09 26 59 23 & Marie-Laure PELFRESNE, médecin remplaçant, 30
chemin de Bessayre, 31240 Saint-Jean ml.pelfresne@club-internet.fr 06 85 77 43 03
Renseignements concernant le promoteur :

Le Département de médecine générale Midi-Pyrénées sous la responsabilité de mesdames les Docteurs
: - Dr Odile Bourgeois Odile, médecin généraliste exerçant à Saint-Orens de Gameville (31650).

Odile.bourgeois@orange.fr, 05 62 24 33 88 &

- Dr Brigitte Escourrou, médecin Généraliste exerçant au 2 route de Toulouse 09130 le FOSSAT, et
directrice du DUMG. 05 61 68 52 20, brigitte.escourrou@dumg-toulouse.fr

Titre complet de la recherche Difficultés rencontrées par les patients après 2 ans en post-chirurgie
bariatrique, et leurs gestions. Étude qualitative par entretiens individuels menée en Midi-
Pyrénées.

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

AVIS FAVORABLE

N° 2017-018

LE 22/8/2017



Dr Motoko Delahaye

Annexe 4 : Lettre d'information à l'attention des médecins généralistes

Bonjour,

Nous sommes médecins généralistes remplaçants à Toulouse. Dans l'optique de notre thèse de fin d'étude, nous travaillons sur un projet commun par une approche qualitative sur le sujet suivant : « Les obstacles et défis au quotidien des patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique ». Nous sommes encadrés par Dr ESCOURROU et Dr BOURGEOIS.

Le recueil des données est réalisé grâce à des entretiens individuels semi-dirigés. Nous sommes actuellement en cours de recrutement. Le but étant de trouver des patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique, et acceptant de répondre à nos questions lors d'un entretien individuel.

Pour une meilleure analyse, nous souhaitons inclure dans notre travail des patients aux profils divers et variés que ce soit du point de vu de leur âge, sexe, niveau socioculturel, de situation maritale et familiale, de religion, méthode chirurgicale pratiquée, complication liés à l'opération et/ou liés à l'obésité. Cette diversité est garante de la qualité de nos résultats.

Il est important de préciser que le contenu de ces entretiens sera enregistré pour une meilleure analyse, et sera utilisé de manière totalement anonyme.

Nous vous sollicitons donc pour rechercher dans votre patientèle des personnes susceptibles d'accepter de participer à notre étude. Vous pouvez, avec leur accord, nous communiquer leurs coordonnées que nous recontacterons pour fixer un rendez-vous.

Nous vous remercions par avance de votre aide et de l'intérêt que vous porterez à notre travail. Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Confraternellement,

Thomas FOURNIE et Marie-Laure PELFRESNE

Annexe 5 : Le guide d'entretien

Informations générales - Éléments sociologiques

- Situation professionnelle :
- Études/diplôme :
- Date de l'opération :
- Type de chirurgie :
- Comorbidités. Aviez-vous ,avant de vous faire opérer, des problèmes de santé ?
Hypertension ? Diabète ? Problèmes : respiratoire ? articulaire ? de peau ? Autres ?
- Suivi médical. Qui-est-ce qui vous suit pour depuis l'opération?

Question d'ouverture

Vous avez été opéré il y a « x » ans, qu'est-ce-que vous souhaitez en dire?

L'histoire du poids

Selon vous, il y avait t-il des raisons à votre surpoids ? Comment l'expliquez-vous ?

Pouvez-vous le rapporter à un événement particulier ? Un mode de vie ?

Motivations/ facteurs de décision

Et donc vous eu recours à la chirurgie. Qu'est-ce-qui vous a décidé à vous faire opérer ?

Et qu'attendiez-vous de cette perte de poids ?

Y-a t-il eu une raison ou une motivation particulière ?

Y-a t-il eu un facteur qui a accéléré votre décision ?

Le « post-op » : difficultés & stratégies d'adaptation/ gestion

Vous êtes maintenant à « x » années de l'opération, comment vous sentez-vous ?

Depuis l'opération : Comment ça se passe ?

Qu'est-ce-que vous avez vécu?

Qu'est-ce-que ça a changé?

Concernant :

1- votre perte de poids ?

Que pensez-vous de votre perte de poids ?

2 – votre alimentation - les repas ?

*Anciennes/nouvelles habitudes alimentaires/fractionnement alimentaire/
les repas en famille ? les repas professionnels ou au restaurant ?
effets indésirables, inconfort physique*

3- Votre « nouveau » corps/ nouvelle apparence ?

Corps « privé »/ Corps « publique »

- *Quelle image votre nouveau corps renvoie t-il ?*
- *En quoi le regard des autres a t-il changé?*

4 - Situations familiale, sociale et professionnelle

- *à la maison ? Avec les enfants ? Avec votre conjoint ?
Sur le plan intime/sexualité ?*
- *avec les autres ?*
- *avec votre entourage?*
- *au travail ?*

5 - La pratique de vos loisirs / de vos activités physiques/sportives?

*Y-a t-il des activités que vous pratiquez aujourd'hui qui étaient difficiles
auparavant ? Et vice versa*

6 – La prise en charge de votre santé ? Votre suivi médical ?

- *par rapport à votre traitement ?*
- *Comment percevez-vous votre parcours médical après l'opération?*

Comment avez-vous réagit ? Comment vous-êtes vous adapté? Comment avez-vous géré la situation ? Comment y avez-vous fait face ? Comment vous-êtes vous débrouillé ?
Comment avez-vous surmonté cette difficulté ?

Conseils

Si une personne devait subir ou ayant subi la même intervention et qu'elle venait vous voir pour vous demander des conseils, qu'est-ce-que vous aimeriez lui dire?

Quels conseils lui donneriez-vous pour que cela se passe au mieux?

Quelles informations est-il souhaitable qu'elle ait?

Souhaitez-vous ajouter quelque-chose que nous n'avons pas abordé pendant l'entretien ?

Annexe 6 : Tableau sociologique

Entretiens	Sexe	Âge	Profession	Niveau d'étude	Situation familiale	Co-morbidités liées à l'obésité	Date de la chirurgie bariatrique	Âge au moment de la chirurgie	Temps depuis l'opération	Type de chirurgie bariatrique	Médecin qui assure le suivi post-opératoire	Reprise de poids depuis l'opération?
B	Feminin	22	Au chômage (recherche dans la vente)	CAP plûsserie, bac vente	En couple, un enfant	Dépression	2015	20 ans	2 ans	Sleeve gastrectomy	Médecin généraliste	Non
C	Feminin	62	Retraitee (Secrétaire de direction)	CAP, BEP sténodactylographie	Mariée, un enfant	Stéatose hépatique	2013	58 ans	4 ans	By-pass	Médecin généraliste	Non
D	Feminin	54	Infirmière en SSR	IDE, institut de criminologie, fac de droit	Mariée, deux enfants	Problème respiratoire et articulaire	2013	50 ans	4 ans	Mini by-pass	Médecin généraliste et endocrinologue	Oui
E	Feminin	30	Brancheur	Brevet des collèges	En couple mais vit séparément, vit chez ses parents malades, un enfant	Aucune	2014	26 ans	3 ans et 8 mois	By-pass	Endocrinologue	Non
F	Feminin	33	Employer de magasinage	BEP Bac professionnel	Célibataire	Syndrome dépressif	2014	30 ans	3 ans et 8 mois	Sleeve gastrectomy	Médecin généraliste et endocrinologue	Oui
G	Feminin	45	Secrétaire	Scolarité stoppée en 3ème, pas de diplôme	Mariée, deux enfants	Valvulopathie cardiaque, néoplasie thyroïdienne	2014	42 ans	3 ans	By-pass	Endocrinologue	Oui
1	Feminin	62	Styliste onguilaire	Inconnu	En couple	Gonalgies, diabète type 2	2014	60 ans	2 ans	By-pass	Médecin généraliste	Non
2	Feminin	34	Assistante sociale	Inconnu	Divorcé, deux enfants	Aucune	2015	32 ans	7 ans	By-pass	Endocrinologue	Oui
4	Feminin	65	Assistante commerciale	Inconnu	Célibataire	Diabète type 2, Hypertension artérielle, syndrome d'apnée du sommeil, reflux gastro-oesophagien, poly-artérites	2010	58 ans	3 ans	By-pass et anneau gastrique	Médecin généraliste	Oui
5	Feminin	49	ATSEM en maternelle	Brevet des collèges	Mariée, deux enfants	Reflux gastro-oesophagien	2014	45 ans	5 ans	By-pass	Chirurgien	Non
6	Feminin	39	Préparatrice en pharmacie	Brevet professionnel	Mariée	Trouble de la fertilité	2012	33 ans	2 ans	Sleeve gastrectomy	Aucun	Non
7	Masculin	52	Comptable	IUT	Marié, un enfant	Diabète type 2, Hypertension artérielle, syndrome d'apnée du sommeil, dyslipidémie mixte	2016	50 ans	2 ans	By-pass	Médecin généraliste, endocrinologue et chirurgien	Non mais dénutrition

Difficulties of patients having undergone bariatric surgery at least 2 years prior, and their management. Qualitative study by semi-structured interviews in Haute-Garonne.

Introduction: Bariatric surgery is a growing alternative in the management of obesity. However, concerning many patients, we can notice a progressive weight recovery two years after the surgical intervention. The objective was to study the difficulties encountered two years after a bariatric surgery.

Method: Qualitative study by semi-structured interviews with people who had undergone bariatric surgery at least 2 years ago and recruited by general practitioners.

Results: 12 persons (11 women and 1 man) with an average age of 45,6 years old (range 22-65) participated in the study. The average period after the surgery was 3.2 years (between 2 and 7 years). The main difficulty was to maintain weight loss. This was related to difficulties of pursuing a healthy lifestyle, nutrition and physical activities, as well as good follow-up. Participants who had a misrepresentation of the surgery, cognitive restriction or eating addiction, had more dietary difficulties. Insufficient follow-up was noticed, especially concerning the generalist practitioner regarding the follow-up. The difficulty of realizing and accepting the body change was also observed. Photography seemed to have helped in reappropriating body image. Finally, the entourage helped with the adaptation to the medical instructions.

Conclusion: The difficulties mentioned by the patients after a bariatric surgery could be integrated by the general practitioner in order to anticipate them and to propose a more systematized, structured and adapted care to the profile of his patients.

Keywords: bariatric surgery, qualitative study, difficulties, general practitioner

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Directrices de thèse : Dr Odile Bourgeois et Dr Brigitte Escourrou

Faculté de médecine de Rangueil - 133 route de Narbonne - 31062 Toulouse - France

Les difficultés rencontrées par les patients à plus de 2 ans d'une chirurgie bariatrique, et leurs gestions. Étude qualitative, par entretiens semi-dirigés, menée en Haute Garonne.

Introduction: La chirurgie bariatrique est une alternative en plein essor dans la prise en charge de l'obésité. Pourtant on note une reprise de poids progressive deux ans après l'opération chez de nombreux patients. L'objectif était d'étudier les difficultés rencontrées deux ans après une chirurgie bariatrique.

Méthode: Étude qualitative par entretiens semi-dirigés menés auprès de personnes ayant eu recours à une chirurgie bariatrique il y a au moins 2 ans et recrutés par des médecins généralistes.

Résultats: 12 personnes ont été interrogées (11 femmes et 1 homme). La moyenne d'âge était de 45,6 ans (22- 65 ans). L'opération avait été réalisée en moyenne il y a 3,2 ans (entre 2 et 7 ans). La principale difficulté était de maintenir la perte de poids. Celle-ci était liée aux difficultés de poursuivre une bonne hygiène de vie, alimentaire et physique, ainsi qu'un bon suivi. Les participants qui présentaient une représentation erronée de la chirurgie, une restriction cognitive ou une addiction alimentaire avaient plus de difficultés sur le plan diététique. Un suivi insuffisant a été constaté et notamment concernant le suivi du médecin généraliste. La difficulté de réaliser et d'accepter le changement corporel a été également observée. La photographie pouvait apporter une aide dans la réappropriation de l'image corporelle. Enfin l'entourage semblait favoriser l'adaptation aux instructions médicales.

Conclusion: Les difficultés évoquées par les patients après une chirurgie bariatrique pourraient être intégrées par le médecin généraliste afin de les anticiper et de proposer une prise en charge davantage systématisée, structurée et adaptée au profil de ses patients.

Mots-clefs : chirurgie bariatrique, étude qualitative, difficultés, médecin généraliste

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Directrices de thèse : Dr Odile Bourgeois et Dr Brigitte Escourrou

Faculté de médecine de Rangueil - 133 route de Narbonne - 31062 Toulouse - France